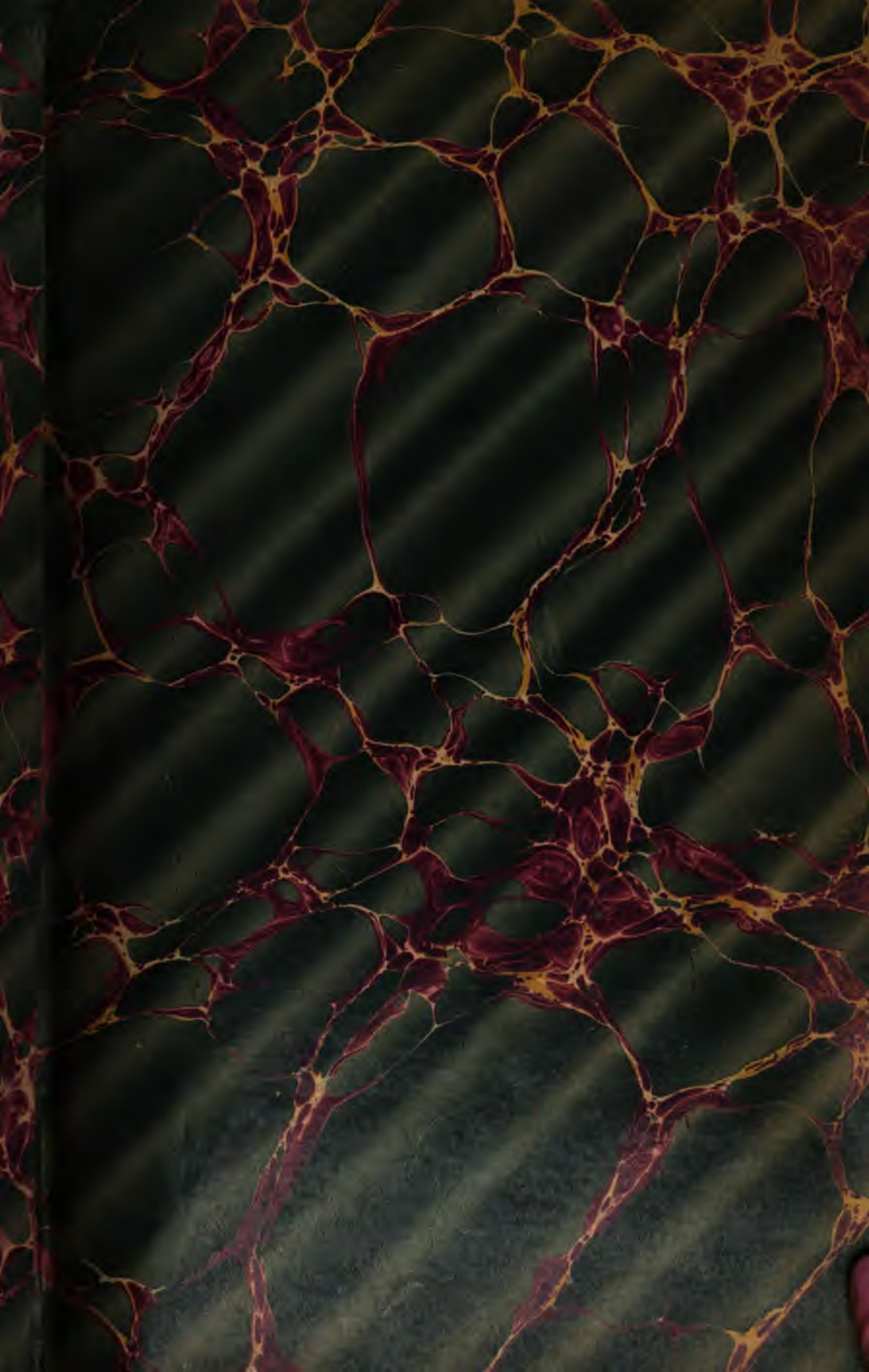
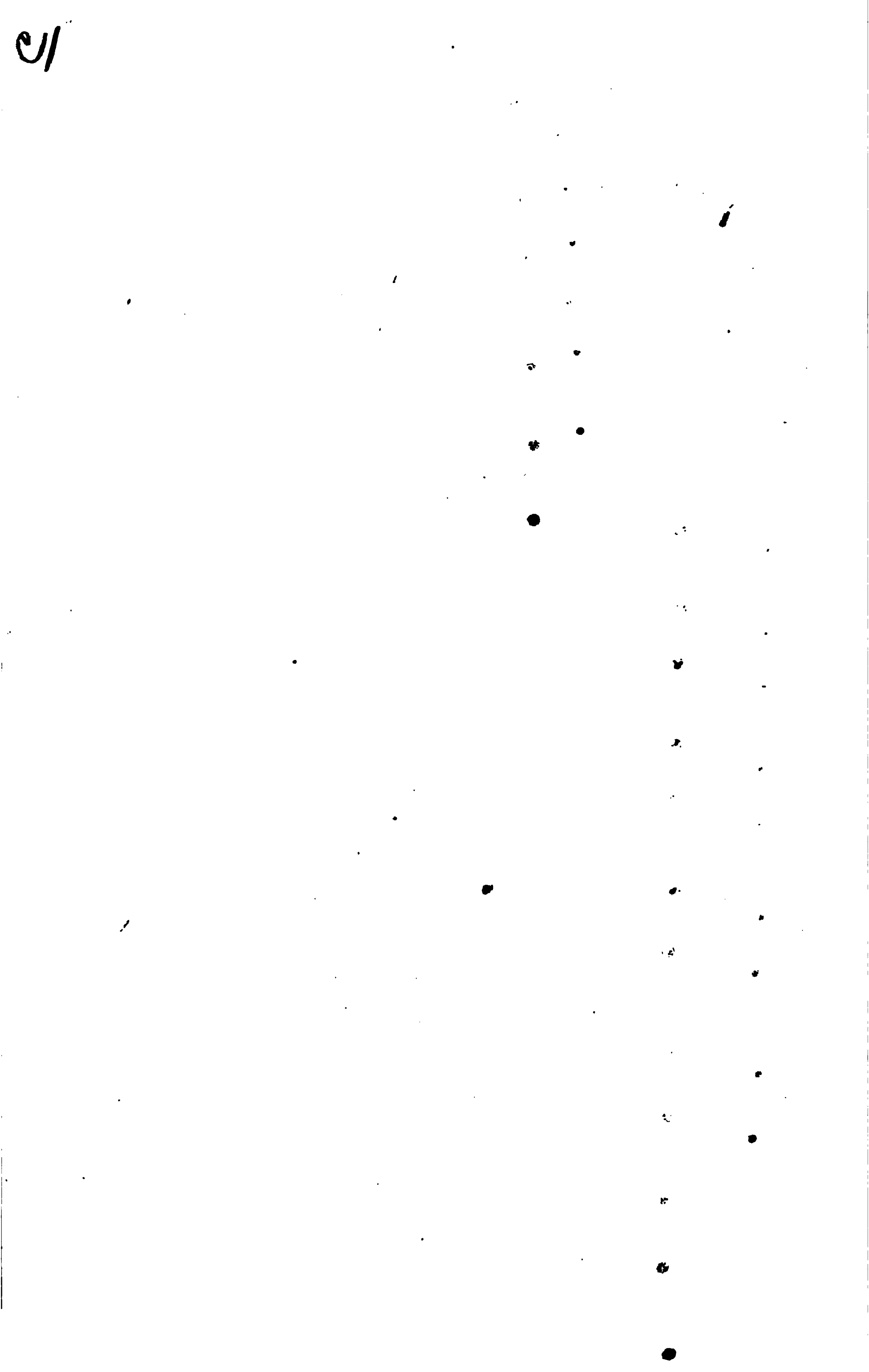

B 3 731 296


MEDICAL SCHOOL
LIBRARY
SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS





CRÓNICA MÉDICA MEXICANA

REVISTA
DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

Y ÓRGANO DEL CUERPO MÉDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO,

Dr. Enrique L. Abogado

MIEMBRO CORRESPONDIENTE DE LA "SOCIETE OBSTETRICALE DE FRANCE, PARIS."

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Duque de Estrada, Juan.—Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.

Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.

Dr. Tejeda, Carlos.—Profesor de Clínica Infantil de la E. N. de Med.

Dr. Vasquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.

Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.

Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.

Prof. Manuel G. Aragon.—Sección de Medicina Veterinaria.

JEFES DE REDACCION EN LOS ESTADOS:

AGUASCALIENTES, Aguasc. *Dr. J. Guadalupe Ortega* y *Dr. Manuel Gómez Portugal.*

BAJA CALIFORNIA, La Paz. *Dr. Ventura O. Viruete.*

CAMPECHE. *Dr. Cipriano Domínguez* y *Dr. Domingo Hurtado.*

CHIAPAS, San Cristóbal Las Casas. *Dr. Bernardo Martínez Baca.*

CHIHUAHUA, Chich. *Dr. Ezequiel Torres* y *Dr. Miguel Márquez*

COAHUILA, Saltillo. *Dr. Fernando Mier* y *Dr. Jesús M. de la Fuente.*

COLIMA, Col. *Dr. Vidal Fernández Dr. J. Francisco Romero* y *Prof. Manuel R. Alvarez.*

DURANGO, Dur. *Dr. F. Pérez Gavilán* y *Dr. Librado C. de Valle.*

GUANAJUATO. *Dr. Alfredo Dugès* en Guanajuato. y *Dr José de Jesús González* en León.

GUERRERO, Chilpancingo, *Dr. Leopoldo Viramontes*

HIDALGO. *Dr. Agustín Navarro y Cardona* en Pachuca, y *Dr. José María Palacios* en Tulancingo.

JALISCO, Guadalajara. *Dr. Salvador F. Alcalá*, Direct. del Hosp. Civil de Belem, y *Dr. Francisco Macías Gutiérrez*, Direct. de la E. de Med., y Prof. de Anat. Topog. y Cirugía.

MÉXICO, Toluca. *Dr. Juan N. Campos*, Presid. del Consejo Superior de Salubridad, y *Dr. Antonio Vilchis Barbabosa.*

MICHOACÁN, Morelia. *Dr. Aurelio Pérez*, Direct. de la Esc. de Med. y del Hosp. Civil, y *Dr. Julio Videgaray*, Prof. de Terapéutica y Patología General.

MORELOS, Cuernavaca. *Dr. Elías A. Gómez.*

NUEVO LEON, Monterrey. *Dr. Jesús M. González*, Director del Hosp. «González,» y *Dr. Antonio F. Leal.*

OAXACA, Oax. *Dr. Nicolás Varela y Alvarez* y *Dr. Ramón Pardo.*

PUEBLA, Pueb. *Dr. Angel Contreras*, Prof. de Clínica Externa, y *Dr. Rafael Serrano*, Prof. de Terapéutica y Patología General.

QUERÉTARO, Quer. *Dr. Manuel Septién* y *Dr Juan B Gutiérrez.*

SAN LUIS POTOSI, S. L. P. *Dr. Ignacio Alvarado*, Prof. de Patología Interna de la Esc. de Med., y *Dr. Gustavo Pagenstecher*, Presidente de la "Sociedad Médico Potosina."

SINALOA, Culiacán. *Dr. Ramón Ponce de León*, Prof. de Química é Historia Natural del Colegio del Estado, y *Dr. Perfecto G. Bustamante*, Mazatlán.

SONORA. *Dr. Fernando Aguilar* en Hermosillo, y *Dr. Agustín Roa* en Guaymas.

TABASCO, San Juan Bautista. *Dr. Tomás G. Pellicer* y *Dr. Nicandro L. Melo.*

TAMAULIPAS. *Dr. Antonio Matienzo* en Tampico, y *Dr. Miguel Barragán* en Matamoros.

TEPIC, Territorio de Tepic. *Dr. Fernando Gómez Virgen* y *Dr. Daniel García*, Dir. Hosp. Militar.

VERACRUZ. *Dr. Zacarías R. Molina* y *Dr. Alfredo Velasco.*

YUCATÁN. Mérida. *Dr. Joaquín Acevedo*, Prof. de Patología General de la Esc. de Med. del Est., y *Dr. Alonso Avila*, Prof. de Clínica Interna de la Esc. de Med. del Estado.

ZACATECAS, Zac. *Dr. Juan Breña*, y *Dr. Aurelio Padilla*, Guad.



MEXICO

TIP. Y LIT. «LA EUROPEA,» DE J. AGUILAR VERA Y COMPAÑIA (S. EN C.)

Calle de Santa Clara número 15

1902

CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Indice general y cronológico de las materias contenidas en este volumen.

ÍNDICE

CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Indice por secciones.

CRÓNICA MÉDICA MEXICANA.

Indice alfabético por autores.

INDICE

CRÓNICA MÉDICA MEXICANA

SEMPER ET UBIQUE *la labor humana ha recibido el aplauso del trabajador y el respeto de las multitudes, como la sanción con que la colectividad alienta la energía, sostiene la esperanza y exige con justicia mayores obras. Obedezcamos á ese impulso, y adelante con la tarea que ha emprendido y continuará nuestra «*CRÓNICA*» que con mejores elementos que los primitivos va alcanzando mayor edad.*

Iniciamos el quinto año de su publicación, asentando que hemos visto con placer aumentar el número de los que con beneplácito se han servido dispensarle buena acogida, haciéndonos creer tan felices auspicios que su vida está asegurada, su mejoramiento material próximo á realizarse y su lenta obra de progreso, porque es progreso legar á la posteridad lo que la actual generación piensa y aprende, irá con paso firme ascendiendo por la montaña en cuya cima se levanta, á guisa de ideal, la enseña de la individualización y autonomía de la ciencia médica mexicana.

Triunfo, realizado enmedio de los más penosos sacrificios, significa el haber aumentado el tiro y llevado el reparto de la CRÓNICA *á una altura no alcanzada por ninguna publicación médica en el país, como lo demuestran los certificados del Correo, copiados al calce que comprueban la remisión á los Estados todos de la República de más de 1,500 ejemplares del número anterior, resultado que se obtiene dividiendo los 107 kilos por el peso de cada número.*

Hoy en día reciben la CRÓNICA *la mayoría de los médicos de México, y si no todos, es porque no ha sido materialmente posible hablarles ó escribirles á cada uno en lo personal para penetrarlos de su índole, de su modo de ser y de lo que se espera y pretende al solicitar su colaboración. Pero continuamos con energía la obra de difusión, y abrigamos la esperanza de que día por día aumentará nuestra ya notable lista de subscriptores con los nombres de los que en ella falten. A estos últimos enviamos el presente número en solicitud de su ayuda y ojalá no haya rincón de la República que se nos escape para lograr más amplia colaboración, para poder satisfacer nuestro deseo de tener un periódico típicamente nacional y al servicio exclusivo de los médicos mexicanos.*

La cohorte de pensadores que ha vertido su experiencia en las páginas de esta publicación, siempre abiertas á los hombres de buena voluntad, trabajo y saber, pronto llegará á legión, si, como esperamos, el estímulo noble y levantado del amor á la ciencia y á la patria, despierta muchas energías, dormidas hoy ó sin producir al menos los frutos sazonados que ya puede ostentar el árbol frondoso de la Medicina en México.

Consecuentes con nuestro propósito de mejorar esta publicación á medida que aumenten sus elementos, desde el presente número ampliamos su número de páginas y en el presente año ofrecemos litografías y fotograbados como en el año pasado, siendo los primeros los que acompañan el trabajo de incuestionable importancia que hoy empezamos á publicar del Sr. Dr. Juan Duque de Estrada, cuyo mérito, por las relaciones de afecto que con él nos ligan, nos abstenemos de calificar.

Que el respetable Cuerpo Médico Mexicano siga dispensando su valiosa protección al periódico, que aun es humilde por falta de medios, pero al que sobra buena voluntad, pues con la experiencia y saber de nuestra ilustrada colectividad, llegará una época en que la CRÓNICA *alcance distinguido lugar entre la Prensa Médica nacional, satisfaciendo nuestras más vehementes aspiraciones.*

Por la Redacción,
E. L. ABOGADO.

«Administración de Correos en México.—Sucursal B., D. F.—Noviembre 29 de 1901. Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de dos pesos sesenta y cuatro centavos, porte correspondiente al peso de 66 KILOS de artículos de segunda clase.—10.50 p. m.—Por el Administrador, *Angel González.*»

«Administración de Correos en México.—Sucursal B., D. F.—Noviembre 30 de 1901. Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de un peso veinte centavos, porte correspondiente al peso de 30 KILOS de artículos de segunda clase.—8.35 p. m.—Por el Administrador, *P. Ledesma.*»

«Administración de Correos en México.—Sucursal B., D. F.—Noviembre 30 de 1901. Recibí de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de cuarenta y cuatro centavos, porte correspondiente á 11 KILOS de artículos de segunda clase.—12 m.—Por el Administrador, *J. Gallegos.*»



Si al número de ejemplares que representa el reparto en los Estados de la República (107 KILOS), se agregan los 200 que se distribuyen en la Capital por repartidores especiales y los que se envían al Extranjero como cange, que alcanzan la misma cifra, se obtiene la circulación de 2,000 ejemplares que ha logrado tener nuestra publicación.

TOMO V. MÉXICO, ENERO 1º DE 1902 NÚM. 1.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION III.

LOS DIENTES CANINOS EN LOS INDIOS DE MÉXICO.

Precedído de la atenta carta que sigue, hemos recibido el artículo siguiente de nuestro apreciable compañero y amigo el Sr. Dr. Daniel García, que con gusto insertamos:

Tepic, Diciembre 15 de 1901.—Sr. Dr. D. Enrique L. Abogado, Director de la *Crónica Médica Mexicana*.—México.

Estimado señor Director, compañero y amigo:—Me permito dirigir á vd. el adjunto comunicado, suplicándole que si lo juzga acreedor á esa honra, lo inserte en las columnas de su acreditado periódico. No por una simple vanagloria, sino el justo deseo de que se aclare un punto curioso, cuando menos, de la Historia de nuestra naciente etnología nacional, movióme á escribir contestando un párrafo del estimable Sr. Dr. D. Nicolás León, inserto en el número 12, tomo IV, de la *Crónica Médica Mexicana* que vd. dignamente dirige.

Si vd. encuentra, señor Director, de algún interés para sus lectores el asunto, por mi parte vería con agrado que publicara estos apuntes, dispensándome un favor por el que le quedaría agradecido su afmo. compañero y amigo q. s. m. e.—DR. DANIEL GARCÍA.

LOS DIENTES CANINOS DE LOS INDIOS DE MÉXICO.

(CONTESTACION AL SR. DR. D. NICOLÁS LEÓN)

En el número 12, tomo IV de la *Crónica Médica Mexicana*, correspondiente al 1º de Diciembre del corriente año, apareció una comunicación del Señor Dr. D. Nicolás León, titulada: «LOS DIENTES CANINOS DE LOS INDIOS DE MÉXICO. *Quién primero los estudió y publicó sus observaciones.*»

El Sr. Dr. León manifiesta que desde 1880, descubrió y observó la falta de conicidad de los caninos y otras *anomalias* entre los *tarascos*.

En 22 de Agosto de 1884 recibió un cuestionario del Sr. Gral. D. Vicente Riva Palacio, tocante á lo que en los indios tarascos hubiese observado acerca de esa anomalía dentaria y otras.

Más tarde publicó el Sr. Dr. León un folleto titulado: «Anomalías y mutilaciones étnicas del sistema dentario entre los tarascos precolombinos» (1890), y por último, en la obra «MÉXICO Á TRAVÉS DE LOS SIGLOS» (página 473-75, vol. II), *aunque atribuyéndose el descubrimiento*, según dice el Sr. Dr. León, repite lo que sobre esto había observado y formulé yo.

Ahora bien, meditando de una manera formal y enteramente desapasionada sobre lo anterior y aun cuando el Sr. Dr. León llame al asunto *cuestión bizantina*, puedo decirle y conmigo le dirán todos los que tengan á la vista mi comunicación á la «Sociedad Médica Potosina,» y el artículo publicado en el número 12, tomo VI, de la *Crónica Médica Mexicana*, lo siguiente:

1º El Sr. Dr. León desde 1880 conocía la particularidad en LOS TARASCOS.

2º En 1884 manifestó al Sr. Gral. Riva Palacio la particularidad mencionada y otras en LOS TARASCOS.

3º Su folleto posterior al cuestionario se ha referido á LOS TARASCOS.

4º El que estas líneas escribe, en 1884 descubrió la particularidad en LOS APACHES.

5º Desde entonces sus observaciones no se limitaron á determinado grupo étnico.

6º Desde 1884 datan sus observaciones en el Valle de México y Estados de Coahuila, Nuevo León, Tlaxcala, Puebla, Oaxaca, San Luis Potosí, etc., orden en que las ha hecho en sus expediciones como Médico militar.

7º El Sr. Gral. Riva Palacio publicó sus datos sobre *anomalías* dentarias en 1885 si mal no recuerdo y se refieren á indios *mexicanos*, *otomíes* y *tarascos*, nada más.

En la pág. 473 de «MÉXICO Á TRAVÉS DE LOS SIGLOS,» dice el señor General, que la particularidad es común á la raza mexicana y otomí y su aserto lo robustece con las observaciones del Sr. Dr. D. Mucio Maycot. En la pág. 475, dice: «En la raza de los tarascos que ocupaban el reino de Michoacán se advierte también la misma estructura dental que en los otomíes y mexicanos.» Esta observación es comprobada con los datos del Sr. Dr. D. Teodoro Herrera, que por encargo del señor General hizo observaciones en la raza de los tarascos, como asegura en una nota relativa en la misma página.

8º En la época en que aparecieron las observaciones del señor General, era hasta popular la belleza de la cabeza de Jú como *specimen* antropológico y ya se habían publicado en diversos diarios de la Capital y de los Estados, descripciones de ella y de sus caninos (V. la colección de *El Diario del Hogar*, *Monitor Republicano*, etc.), párrafos que fueron reproducidos y que me alentaron para nuevas investigaciones precisamente en la época en que mi entusiasmo por este género de observaciones estaba en efervescencia.

El conocidísimo escritor D. Angel Pola fué, entre otros, uno de los que escribieron y me hicieron el favor de alentarme con sus benévolas frases (1884). En la pág. 475, manifiesta el Sr. Gral. Riva Palacio que todos los caracteres se conservan en el cruzamiento de las razas indígenas entre sí, refiriéndose á los tarascos, mexicanos y otomíes: que los caracteres de la raza indígena pura *desaparecen ó se modifican profundamente al primer cruzamiento* con un individuo de cualquiera otra raza ó casta. No estoy de acuerdo con esto porque según mis múltiples observaciones en infinidad de lugares que de la Repúbli-

ca he recorrido, la gradación no se hace de una manera brusca, se hace lentamente; por eso senté una ley verdaderamente sencilla y producto de multitud de observaciones; no veo similitud entre lo asentado por mí y lo manifestado por el Sr. Riva Palacio en la obra «MÉXICO Á TRAVÉS DE LOS SIGLOS.»

Queda, pues, demostrado:

1º Que desde 1884 comencé mis investigaciones y que fueron conocidas del público, tanto por la prensa de la capital como de los Estados, y más que todo por el *specimen* antropológico que estaba á disposición del público y está hasta la fecha en el Museo del Hospital Militar de México.

2º No me limité á determinado grupo étnico: y ensanché desde 1884, alentado por la prensa y por el público, el campo de mis observaciones.

3º Mi ley, si así puede llamarse, es distinta de lo establecido por el Señor Gral. Riva Palacio, porque no estoy de acuerdo en que *al primer cruzamiento con raza distinta desaparezcan* ó *se modifiquen profundamente* los caracteres especiales de la raza indígena pura (me refiero á los caninos); para mí, y en mi humilde concepto, la modificación ó la desaparición se hacen lentamente.

4º Al Sr. Dr. León, puesto que desde 1880, según dice que ha puntualizado en su folleto, (año de 1890, presentado en la 8ª reunión del Congreso Internacional de Americanistas,) corresponde la prioridad en lo que se refiere á LOS TARASCOS y solamente á LOS TARASCOS.

5º El que esto escribe conservará la primacía mientras no se demuestre lo contrario con respecto á los Apaches, Huastecas, Tlaxcaltecas, Coras, Huicholes, Yaquis, Mayos, etc.

Pongo punto final á esta cuestión que no es tan *bizantina* como parece al Sr. Dr. León, y pongo á su disposición lo poco que poseo y mis humildes datos por si pudieran serle de alguna utilidad para continuar los estudios de este género que haya emprendido, estudios que, como dice muy bien, darán tanta luz á la Historia patria.

Tepic. Diciembre 15 de 1901.

DR. DANIEL GARCÍA.

SECCION XIX.

LA HIGIENE DE LA BOCA EN LOS ESCOLARES.

«La médecine guérit les individus;
l'hygiène sauve les masses.»
Michel Levy.

ASOCIACION AMERICANA DE SALUBRIDAD PÚBLICA.

Memoria leida por el delegado oficial del Estado de Zacatecas, en el periodo de sesiones celebradas en Buffalo, N. Y.—(Septiembre de 1901)

Las enfermedades de los dientes y de la boca, han sido objeto de atención especial recientemente. En este breve artículo tengo por objeto señalar la necesidad de proteger á los jóvenes durante el período escolar contra la difusión de esa clase de padecimientos, así como de remediarlos cuando ya existen.

Mucho se ha escrito en cuanto á las causas que preparan y determinan las flogosis más ó menos destructoras y comunicativas de las encías, la lengua, el paladar, la faringe, etc.; y especialmente la etiología de la caries dentaria, cuestión que parecía resuelta por algunos cirujanos del siglo XVIII, y desde

las experiencias de Salmón Magitot[1] Parmly, etc., ha sido asunto de discusión el año pasado en Inglaterra.[2] Mas sea que se tenga como cierta la teoría de Galipe ó la de Black y Williams,[3] que reconozcamos como factor de primer orden el refinamiento culinario del hombre civilizado, el uso del pan privado de la materia terrosa contenida en el salvado, ó hecho con harina molida en molinos de cilindro, la respiración por la boca y desecación consiguiente de los dientes, las obstrucciones de la nariz, la acción química y corrosiva de una saliva alterada,[4] de las aguas y alimentos, notablemente el azúcar,[5] la temperatura de éstos,[6] ó bien la intoxicación debida á gérmenes extraños ó propios á la flora bucal,[7] lo que por ahora interesa notar, es que: la influencia morbígena se extiende con universalidad asombrosa, puesto que en países y climas disímbolos apenas puede señalarse lesión más generalizada que esa necrobiosis molecular de la dentina. Por más que siempre se la haya creído muy común, no se ha tenido idea clara de su propagación, sino cuando investigaciones hechas en Inglaterra, Bélgica, Alemania, etc., la han demostrado con la inexorable exactitud de los números. En el informe anual del inspector de fábricas y talleres de Inglaterra, correspondiente á 1900, Mr. Farufield, dentista de una Compañía industrial, dice: «La mayor dificultad ahora es conseguir el número necesario de muchachos, porque sus dientes se hallan en muy mal estado, y es muy difícil persuadir al muchacho de 14 años que se moleste algo en cuidar su dentadura.» Y el inspector agrega: «Se recordará que la misma dificultad se presenta para obtener reclutas convenientes para el ejército y la marina de su Majestad.»

De la inspección dental de las escuelas públicas de la ciudad de Antwerp el año pasado, resultó lo siguiente:[8] La población de las escuelas en Marzo era como sigue: Niñas, 9,543. Niños, 10,148. Kindergarten, 4,778. Total, 24,469. Los Kindergarten son frecuentados por niños de 3 á 6 años; en las otras escuelas la edad varía entre 6 y 16 años. De 12,000 niños examinados por el Dr. Verlinjhsen, encontró 1,721 sin caries, 2,138 con uno ó dos dientes afectados y 8,141 con varios. Durante la primera inspección, se hicieron 947 extracciones, en la segunda 545 y en la tercera 405, lo que hace un total de 1,897. En esa misma inspección se vieron casos de inflamación del antro de Higmore, de flebitis facial, de luxación del maxilar, de necrosis exantemosa, de *noma*, de ránula sub-lingual, y de *epulis*. No menos lamentables han sido las estadísticas de niños de 6 á 14 años y de jóvenes de 20 á 23, recogidas en Alemania por recomendación de Rose. Las mejores localidades tuvieron el 78 por 100 de individuos con dientes enfermos, y en puntos en que escasea el calcio

1 Traité de la carie dentaire.

2 The Lancet. Vol. II, págs. 51, 134, 629, 770, 839.

3 Third international dental congress.

4 Eusèbe Jourdan, Mitchell, Harris.

5 Magitot.

6 «El frío es enemigo de los huesos, de los dientes, etc., el calor al contrario, les es favorable.» Hipócrates. Aphor. Sec. V. Traducción de Littré, tomo IV, pág. 539.

7 Ficinius Klencke. La destruction des dents. Leipzig, 1850. Como microbios especiales de la carie, algunos dentistas (Frey) mencionan los de Galipe, Vignol, Miller, B. *dentalis viridans*, de Goodby, B. *necrodentalis*, B. *furvus*. B. *plexiformis*, en tanto que otros profesan que la especificidad de los microbios de la carie dental no existe, y que ésta puede ser producida por cualquiera de los micro-organismos de la boca. (Choquet.)

8 Third International Dental Congress.

se halló el 99 por 100.[1] En la inspección de las escuelas inglesas y escocesas, Cumingham comprobó en 10,517 estudiantes, de 12 años de edad, 35,297 dientes enfermos, y en sólo 1,508 niños, es decir, en el 14, 2 por 100 estaban sanos. En Strasburgo, según Jessen, de 3,000 niños de las escuelas primarias, sólo 165 tenían dientes en buen estado, y el resto presentó un total de 12,917 dientes alterados. El mismo autor añade que «la proporción es casi la misma en cualquiera parte.»

A más de la carie de los dientes, debemos recordar que varios procesos morbosos, como estomatitis infecciosas, supurativas, ulcerosas, erytematosas, gengivitis intersticiales, peri-cementitis fagedénicas, etc., prevalecen de tiempo en tiempo bajo forma epidémica, y en su mayor parte atacan de preferencia á los jóvenes. Lo mismo puede decirse de la enfermedad de Rigg, llamada también *saculosis* ó *pyorrhea alveolaris*, así como de la hipertrofia ó granuloma de las encías causada por sacharomizetos, bien conocida desde los escritos de Roe, Gross, Murray, etc., y la cual, aunque rara, se ve algunas veces. A causa de la predisposición que tiene la infancia hasta la pubertad para el desarrollo de alteraciones en los órganos linfoides y epiteliales, las escrecencias adenoides por hiperplasia retro-nasal y faringea, ya mencionadas desde W. Hunter, y también la tumefacción de las amígdalas, afecciones peculiares á los temperamentos linfáticos, y que, como dice Spicer,[2] no constituyen sino una pequeña parte del estado patológico que caracteriza al niño llamado *adenoide*, son ordinarias en los planteles de educación, como se patentizó no ha mucho[3] en el examen pericial practicado en las escuelas del Distrito Central de Londres. (1898.)

La tuberculosis buco-faringea es menos frecuente que la caries, pero más de lo que se cree generalmente.[4] El error se explica por la atención preferente que da el médico á otras manifestaciones viscerales de los tubérculos, quedando desapercibidas ó descuidadas las que nos ocupan. La localización puede hacerse en los labios,[5] las encías,[6] la lengua,[7] la faringe, el paladar, la cavidad nasal, las amígdalas, el borde alveolo-dentario,[8] la mandíbula inferior, [9] etc.; ser motivada por inoculación *in situ*, ó por infección general. El bacilo de Koch tiene predilección por la cavidad bucal, cuyos repliegues y excavaciones dentarias favorecen su conservación y multiplicación. Se le encuentra, en efecto, en personas sanas á tal grado, que se ha podido conceder fundamento á la teoría parasitaria de la caries. Basta considerar, por una parte, que en circunstancias determinadas, algunas de las alteraciones referidas, á más del menoscabo de la salud, representan obstáculos al perfeccionamiento intelectual de los jóvenes, y por otra, que varios medios de instrucción como la lectura, la declamación, las repeticiones, los cantos corales, la comunidad

1 E. Jessen. Instruction of the public in regard to the value of dental treatment in relation to general health.

2 Presidential adress on Laringology and Otology in British Medical Association. August 1900.

3 Report by Dr. Wilcook of the Charing Cross Hospital.

4 American Society of Laringology Philadelphia, 1896.

5 Societé de dermatologie et syphilographie de París, 1897.

6 Bernheim. Buccal and dental tuberculosis.

7 Trélat. Reclus.

8 Bower. Surgical Clinic.

9 Strarch and Czerny.

en el uso de objetos diversos y aun las simples conferencias, tan íntimas y ordinarias en la vida escolar, son otras tantas oportunidades de transmisión del mal, para justificar la importancia de nuestro asunto en la salubridad pública. En esta época se ha designado y publicado con tal profusión esa manera especial de contraer las enfermedades, que al discutirse en la Sociedad Odontológica «Harvard» las causas perjudiciales á la longevidad de los dentistas, se mencionó entre otras, que en esa profesión se inspira «el aliento de los enfermos.» ..,..... se reciben «alientos fétidos y exhalaciones de enfermos que no siempre son escrupulosamente limpios.»[1]

Está demostrado que la sépsis oral, sea cual fuere su forma, es capaz de originar todas las flegmasías ya locales, ya generales, que se relacionan con organismos piógenos; y cuando la angina tonsilar, las adenitis, los abscesos maxilares, las periostitis alveolo-dentarias, las supuraciones de la oreja media, los empiemas, meningitis, endocarditis ulcerosas, osteomyelitis, [2] etc., pertenecen á este grupo etiológico, se caracterizan por síntomas de gravedad extrema, lo cual se explica por la gran virulencia propia á los gérmenes infecciosos de las cloacas necrobióticas de los huesos.[3] «Cientos y millares de gentes,» dice el Dr. Lewoon «andan con dientes podridos llevando consigo otros tantos pequeños cespools en la boca llenos con abominaciones fétidas de restos de alimentos con su hormiguero de micro-organismos y las consiguientes toxinas, y deglutiendo diariamente esa podredumbre y absorbiendo el pus. Varios casos de enfermedad séptica son debidos á la carie dental, y sólo á ella.» Otras publicaciones respetables exhiben ejemplos de pyrexias infecciosas terminadas fatalmente, y en las cuales no se ha percibido otra causal que el estado infecto de la boca. De ahí la obligación de examinar cuidadosamente dicha cavidad, siempre que una infección de la sangre no pueda referirse claramente á causa independiente de la sépsis oral. Los límites de esta exposición, demasiado estrechos para la materia de que trata, no permiten pasar revista á todos los estados patológicos de esa región, cuyo estudio se halla dividido sin limitación precisa entre los dentistas, rinologistas, auristas y laringologistas. Nos concretamos por tanto á enumerar sólo algunos de los perjuicios que por enfermedades de la boca resiente la educación. Así, por ejemplo, una mandíbula privada de ciertos dientes, dificultando la articulación de los sonidos dentales, silvantes, etc., impide el aprendizaje y uso correcto de cualquier idioma. Las supuraciones bucales producen secreciones pútridas, que mezcladas á la saliva, pueden á causa de la falta de continuidad de los arcos dentarios, ser proyectadas sobre los circunstantes en desagradable *spray* al hablar. Esto hace que el paciente sea objeto de repugnancia, y ahuyenta de su persona las relaciones sociales, con detrimento notorio de la evolución y cultura del intelecto. El aparato visual, cuya integridad es tan esencial para toda clase de estudios, y que las fatigas escolares hacen particularmente sensible á los agentes patógenos, resiente no pocas veces los padecimientos que, nacidos en los maxilares ó los dientes, se extienden siguiendo la vía de las conexiones anatómicas y fisiológicas. Las personas que tienen dientes enfermos son más numerosas que las que fuman, y muchísimo

1 W. E. Boardman. Longevity of dentist. Dec. 1899.

2 W. Ewart A case of malignant endocarditis etc. British medical Asociation.—Aug 3, 1900.

3 W. Hunter in British Medical Journal.

4 Dental caries as a factor of disease, in the Edimburg Medical Journal.

más que las que llegan á presentar fenómenos tóxicos de tabaquismo. A pesar de esto, es curioso que todos, ó casi todos los libros de oftalmología se ocupen de señalar repetidas veces entre las causas de alteraciones de los ojos la acción deletérea de la nicotina, y apenas mencionen ó del todo omitan la influencia desastrosa que la irritación de los nervios dentarios puede ejercer sobre la visión. Se ha hecho ya notar que en este punto, como en otros, los especialistas, aun profesores, se concentran tan estrictamente en el objeto capital de sus trabajos, que descuidan deplorablemente lo que concierne á otros ramos de la patología, y hasta olvidan la apreciación de las relaciones que ofrecen entre sí las afecciones de los diversos órganos. No faltan, sin embargo, observaciones sobre el particular. Wecker, desde 1866,[1] se ocupó de este asunto, si bien apenas le dedica tres líneas en su tratado clásico.[2] Brunner[3] vió morir de septicemia con metastasis purulenta de la órbita y trombosis del seno cavernoso á un enfermo que tres semanas antes había sufrido la extracción de una muela. La carie de estos dientes, particularmente de los posteriores, ha originado empiema y abscesos sub-periósticos del *antrum;* de allí la enfermedad puede pasar á la órbita por las venas, por los linfáticos ó por osteo-periostitis del piso de la órbita que es muy delgado, y suele presentar aberturas que sirven de paso á la infección. Cuando ésta es sobre-aguda afecta el cerebro, y se termina comunmente por la muerte; y la neuritis óptica post-bulbar, insidiosa, con exoftalmos, estrangulación, quemosis, ceguera y pan-oftalmía, es fenómeno ordinario en los casos de marcha lenta.[4] Voissius,[5] Pagenstecker,[6] Burnett,[7] refieren supuraciones de la órbita como efecto de la carie de los dientes superiores. Samelhson, Keysser, G., M. Lardier,[8] hablan de varias enfermedades dentales como causa de ambliopía y amaurosis. Galezowsky detalla un caso en que la visión abolida totalmente por once meses, se recuperó á favor de la extracción de un raigón en que se había enclavado un fragmento de limpiadientes de madera.[9] Garretson exhibió un ejemplo de midriasis y dolores del ojo curados por la extracción de un diente canino enquistado.[10] Flutchison observó fotofobia, espasmos extra-oculares y neuralgia del ojo que desaparecieron por extracciones dentarias.[11] El mismo medio de tratamiento ha hecho cicatrizar úlceras de la cornea, rebeldes á los remedios usuales.[12] Una muchacha que padecía epífora, no obstante la integridad de sus vías lacrimales, fué curada por la corrección de algunos defectos en el alineamiento de los dientes.[13] La odontalgía es causa frecuente de perturbaciones en los cambios del sistema dióptrico necesarios á la

1 El «Pabellón Médico.» Madrid, Febrero 1866, números 6 y 7 y Annales d'Occulistique, tomo LV, pág. 134.

2 Maladies des yeux. Tom. II, pág. 422, París, 1866.

3 Jahr f. Augenheilk, 1885, pag. 16.

4 Bullet. Transactions—Section of ophthalmology. «American Medical Association,» 1899.

5 Archiv f. ophthalmologie XXX. 3.

6 Jahr f. chigenheilk, 1884, pág. 620.

7 Ibid, 1885, pág. 16.

8 Récueil d'ophthalmologie, 1885, pág. 87.

9 Archives géneraless de Médecine, XXIII, pág. 621—264.

10 System of oral Surgery, pág. 786.

11 Royal London, Hospital Reports, 1865.

12 Sarigner, «Revista Médica de Sevilla,» núm. 6.—1899.

13 E. W. Stevens. Diseases of the eye in relation to diseases of the teeth.

acomodación; el trastorno consiste ya en espasmos, ya en paresias ó parálisis imputables según Max. Kuies,[1] á falta de vigor en la inervación ocasionada por el dolor.

Sobre 92 casos de neuralgias debidas á la carie dentaria, Schmidt encontró[2] 73 de acomodación deficiente. El mismo autor, entre otras conclusiones, ajenas á nuestro objeto, dice: «la considerable reducción de la acomodación, consecuencia de irritación patológica en los ramos dentarios del trigémino, es usualmente una afección de los jóvenes.» La parálisis de los músculos motores del ojo, la ambliopía, la ambliopía amaurótica, y hasta la amaurosis absoluta, propiamente dicha, en la cual el examen más detenido no autoriza á atribuir la ceguera ni á alteraciones de los medios refringentes, ni de las membranas, ni del aparato de conductibilidad nerviosa, ni del foco central en que la impresión luminosa es percibida; en una palabra, la amaurosis *sine materia*, sin lesión ni vicio de conformación perceptible, tal como la admitieron los antiguos oculistas, ha sido observada á efecto de la misma influencia etiológica.[3]

La experiencia ha enseñado que la audición sufre con frecuencia consecutivamente á las irritaciones dentarias. Como el quinto par de nervios, en sus ramos maxilares superiores é inferiores se distribuye en los dientes, y comunica en los ganglios ótico y de Meckel con otros filetes sensitivos y del sistema ganglionar, dando alguna inervación además al oido, nada tiene de sorprendente que cualquiera afección dentaria se haga sentir por acción refleja en el aparato auditivo. «Por una práctica clínica algo extensa,» dice Bradford, « tengo la regla de examinar los dientes siempre que se me consulta por otal- « gía, *tinnitus aurium*, ó diminución progresiva de la audición. En un gran « número de casos, especialmente en los niños, encontramos que el paciente « se queja de dolor punzante del oido. Un examen revela que el conducto au- « ditivo externo está perfectamente normal; la membrana del tímpano se ve « en posición normal, de color natural, y sin presentar absolutamente eviden- « cia de algún proceso inflamatorio en la oreja media. A pesar de esto, el pa- « ciente se queja de otalgía ó dolor referido al oido. En numerosos casos de « este género el examen de la boca ha descubierto dientes cariados. En los « adultos es, por lo general, una de las muelas del juicio la alterada, pero en « los niños el síntoma comunmente resulta de carie del primer molar.»[4]

Con agregar á lo anterior que en casi todos los procesos purulentos de la boca, la no interrumpida deglución de líquidos sépticos altera permanentemente la salud por medio de una auto-infección lenta, y que, por la correlación entre el estado físico y las facultades morales, el paciente se halla expuesto al decaimiento de la actividad intelectual, de la energía de caracter, y á la incapacidad de aprovechar los beneficios de la enseñanza, queda hecho una sinopsis brevísima de los peligros inherentes á esa clase de enfermedades, siempre trascendentales, pero más temibles en la evolución orgánica de la juventud.

En algunas naciones se han puesto en vigor medidas de acción directa

1 Relation of the diseases of the eye to general diseases, pág. 267.

2 Archiv f. ophthalmologie XIV—1 pág. 107.

3 Stevens. The Dental Cosmos, Feb. 1901—pág. 109.

4 Symptoms dependent upon dental caries. A paper read before the «New York Odontological Society.»—Nov. 20-1900.

sobre la profilaxia, y convendría fueran adoptadas universalmente con las modificaciones que demanden las condiciones locales á juicio de las respectivas autoridades sanitarias.

En países cuyo régimen es republicano, la imposición obligatoria de algunas de esas disposiciones tiene que encontrar resistencias fundadas en los derechos que otorgan las instituciones políticas. La pugna constante entre la libertad individual y la limitación que implican las leyes protectoras de la salud pública sólo puede desaparecer cuando, por los trabajos y perseverancia de los higienistas, se disipen las tinieblas de la ignorancia ante la claridad de las verdades científicas. En una Memoria leída ante la Asociación Dental Americana, se encuentran las siguientes líneas:[1] «El Canadá y varios países europeos tienen leyes que prohiben la admisión en las escuelas públicas, de niños con alguna enfermedad de la boca. Con nuestra forma de gobierno, sin embargo, no podemos garantizar tal legislación hasta que el público reconozca la importancia de la medida; y á la verdad si fuera una excitativa conforme á la ley, ésta no podría ser sancionada sin la simpatía y cooperación del público. De tiempo en tiempo ha habido una circulación incompleta de tratados, cuadernos y memorias acerca del cuidado de los dientes, pero no teniendo influencia autorizada para recomendarlos, han hecho poca impresión en los profanos. Hasta ahora no se ha hecho esfuerzo metódico para ofrecer al pueblo de los Estados Unidos el asunto de la higiene de la boca. La dificultad de la empresa sólo es inferior á la posibilidad de sus beneficios.»

A tres podemos reducir las formas prácticas de la propagación de las ideas, principios y doctrinas que se relacionan con la profilaxia y curación de las enfermedades de la boca:

1. La primera es de la incumbencia del médico, tiene que efectuarse en la clientela particular, y es con toda evidencia la más fecunda en resultados positivos. Todo práctico inteligente hallará á cada paso ocasión de popularizar la utilidad incomparable de las medidas de limpieza para precaver las enfermedades, evitar el deterioro y asegurar la integridad de la cavidad bucal. Explicaciones cortas y sencillas, al alcance de las inteligencias vulgares, si se hacen con prudencia y oportunidad se grabarán profundamente en el espíritu público. Al exponer las grandes ventajas de la conservación de la dentadura, la necesidad de obturar las excavaciones de la carie, y de corregir tan luego como se compruebe un defecto cualquiera en el aparato masticador, no se dejará de llamar la atención hacia un síntoma de muchas lesiones dentarias que tiene importancia por sí mismo y por los efectos que causa en las grandes funciones. Quiero referirme al martirio de la Odontalgia llamado con justicia en Francia, *rage des dents*, y que en virtud de la exquisita sensibilidad del niño, llega á hacerlo padecer de tal manera, que prefiere la abstención de todo alimento á la mayor intensidad de los dolores causada por los movimientos de masticación, y aun por el simple contacto del órgano enfermo. Si tal situación se prolonga, el organismo se abate, y es inconcuso que sin alimentación suficiente, hay pocas probabilidades de vigor, de lozanía y de resistencia á las enfermedades. Hacer presente á los padres que de ellos depende evitar ó remediar ese triste estado de cosas, es lo mismo que demostrarles que la negligencia en esta delicada materia no es omisión leve, sino una conducta inhu-

1 Percell Cooley. Popular dental Education.

mana, una verdadera crueldad. Todavía más: nadie podrá negar que en multitud de afecciones crónicas, de dispepsias, de cloro-anemias, de neurosis, etc., un cambio de residencia, dejando la atmósfera pesada y mefítica de las grandes aglomeraciones en las ciudades, por el aire puro de los campos ó el litoral del mar, es poderoso reconstituyente á la vez que un remedio capaz de determinar favorables modificaciones orgánicas. Debemos, sin embargo, declarar á nuestros clientes que todos los gastos é incomodidades de locomoción resultan infructuosos é irracionales, cuando se lleva consigo mismo un foco de infección á la entrada de las vías respiratorias, y que si la salud peligra en la inspiración de gases deletéreos ó cargados de polvos, ó viciados por emanaciones de un drenage defectuoso, se halla más expuesta cuando por carie dental ú otra enfermedad supurativa se abrigan en la boca, como en una incubadora, colonias bacterianas diversas y aun los organismos generadores de la difteria, de la neumonía, etc., que inocues en el hombre sano, pueden hacer sentir toda su virulencia al menor desequilibrio del fisiologismo.

La parte verdaderamente fructuosa de esta enseñanza, deriva de la apología que el médico puede concienzudamente hacer de la potencia preventiva y curativa de los recursos de la dentística moderna y de la higiene. Manejados con habilidad, pocas lesiones bucales ó dentarias son imposibles de evitar, curar ó atenuar considerablemente. Aun una de las más tenaces y destructivas, la *pyorrhea alveolaris*, tantas veces calificada de manifestación diatésica emanada del artritismo, la sífilis ú otro estado constitucional, ha desaparecido sin reincidencia por aplicaciones de pyrozona ó de sulfato de cobre, de nitrato de plata, de ácido tricloro-acético, sulfúrico, láctico,[1] de cloretona, [2] etc., tópicos cuya eficacia denota el carácter local del padecimiento conforme al antiguo axioma: *naturam morborum curationes ostendunt.*

II. En las escuelas, colegios y otros establecimientos de educación, los profesores deben inculcar á los jóvenes la importancia que tiene para la salud general la costumbre de procurar la asepsia de la boca. Lecturas obligatorias y periódicas de algún tratado popular de los que abundan sobre la materia en los Estados Unidos, ampliadas y amenizadas con explicaciones y comentarios *viva voce*, ya acerca de la necesidad de abluciones y el uso del cepillo una ó varias veces al día, según la tendencia en cada caso á la formación de concreciones de sarro; ya sobre la calidad de los alimentos, que fluidos ó pastosos poco ó nada ejercitan las fuerzas de la masticación, mientras que los de cierta consistencia sólida activan el movimiento muscular que á su vez aumenta la irrigación sanguínea en los huesos, la pulpa dentaria y el periostio originando mayor renovación de materiales y más abundante depósito de sales calcáreas en el diente; ya por fin tocante á la acción dañina de los productos de fermentación de las substancias amiláceas y del azúcar, cuyo abuso es tan perjudicial al esmalte y á la dentina, etc., representan medios excelentes de instrucción. Así como es costumbre reglamentaria en muchas escuelas inspeccionar diariamente en cada alumno la corrección y pulcritud en el vestir, la limpieza de las manos y de las uñas, sería de desear que el preceptor examinara la boca é indicara consulta pericial, siempre que exista alguna irregularidad que la necesite.

III. Finalmente, es de urgencia establecer en cada institución docente un

1 Hotz de Paris. Pyorrea alveolaris.—1900.

2 J. S. M'Donald. Zacatecas.—México.—Chlorétone in Pyorrea alveolaris.

servicio dental para corregir las anomalías de agrupación de los dientes, curar las enfermedades gengivales y alveolo-dentarias, practicar las obturaciones y extracciones exigidas por la caries, etc.

Dicho está con esto que se adscribirá á cada escuela un cirujano dentista que haga con regularidad visitas de inspección á todos los concurrentes. El fruto inmediato de tales exámenes será primeramente la estadística de la carie en las diferentes edades, y en seguida el conocimiento de la cifra total de niños que la padecen, con especificación del número de dientes perdidos, el de aquellos cuya lesión sea reparable; el estado higiénico de la boca, las particularidades remarcables en los dientes respecto á color, agrupación, erupción, tamaño, estructura, número, etc., datos esencialísimos para conocer si la masticación es perfecta ó incompleta.

Cuando vemos que los gobiernos[1] proveen á sus ejércitos de personal capaz de cuidar científicamente de la conservación de los dientes, no comprendemos que se desconozca la necesidad de impartir esa misma clase de protección á las generaciones que se forman en las escuelas. La están recibiendo ya en Bélgica, Suecia, Alemania, algunas partes de Francia, etc., y la única novedad de nuestra iniciativa consiste en que ese punto de salubridad pública se atienda en nuestros respectivos países con toda la solicitud que demanda la civilización.

La intervención facultativa en las escuelas debe ser investida con la respetabilidad de las funciones oficiales, y confiarse precisamente á dentistas titulados. No ignoramos que ha habido quien juzgue inconducente la presencia del dentista en establecimientos asistidos por un médico, dándose por razón que las enfermedades de la boca están incluídas en los tratados de patología estudiados prolijamente en las asignaturas de medicina. Esta proposición incuestionable en teoría, es inconveniente en sus consecuencias prácticas.

Nuestra educación médica no proporciona en estomatología y dentística á los prácticos generales las cualidades de competencia que tienen los especialistas; así es que donde quiera que se han substituido permanentemente éstos por aquéllos, los resultados se resienten visiblemente de la falta de acierto. «Cuando el poeta Heinrich Heine, se hallaba en su lecho de muerte sufriendo una paralisis de forma terrible, dedicaba parte de su tiempo á leer obras de medicina relativas á su enfermedad; y según M. Arnold, uno de sus amigos le preguntó un día qué ventajas suponía encontrar en aquella lectura. Contestó que estaba preparándose para pronunciar un discurso en el cielo respecto á la falta de conocimientos de los médicos de este mundo respecto á las enfermedades de la médula espinal.»[2] Estas palabrás que el sabio dermatologista Malcolm Morris transcribe al señalar la superficialidad y confusión de nuestras ideas sobre el eczema, son igualmente apropiadas á las excursiones de los médicos en el terreno de la patología y terapéutica dentales. Por otra parte, lo que se llamó antes el «Arte» del dentista, constituye hoy

1 Por una nueva ley del Ejercito de los Estados Unidos aprobada por el Presidente el 2 de Febrero de 1901 (sección 18), se autorizó el nombramiento de cirujanos dentistas para el ejército en la proporción de un dentista para cada mil hombres. En Inglaterra el Ministerio de la Guerra ha enviado recientemente al ejército del Africa del Sur cuatro dentistas, y consultado á la Asociación Dental británica respecto á instrumentos, utensilios, etc., necesarios para el servicio dental.—*The Lancet*, Junio 8 de 1901, pág. 1615.

2 On eczema in relation to age. A clinical lecture. Jan. 9th 1901.

una verdadera «ciencia» que en estos últimos años se ha elevado cerca del *summum* de perfección, muy particularmente en esta gran República. Esa profesión tiene por base una buena instrucción preparatoria literaria y clásica que se completa en cursos extensos de estudios médicos y ejercicios prácticos. La solidez y variedad de los conocimientos que se adquieren en los colegios dentales por medio de libros, ó exposiciones orales y demostrativas sobre la anatomía y fisiología de la boca, su patología y terapéutica y sobre la cirugía especial; y los trabajos de laboratorio que forman el *in therapœia mechanicum*, como decía Richerand, hacen de la especialidad una de las más benéficas. Pocas hay que tengan tan poderosos y diversos medios de proteger la salud y proporcionar el bienestar y los goces de la vida, aun en la triste época de la decadencia, cuando nos doblegamos al peso de los años, cuando por la prolongada sucesión de los fenómenos vitales, las fuerzas se debilitan, y todos nuestros órganos, particularmente los asimiladores, languidecen haciéndonos extremadamente sensibles á la acción de las influencias morbígenas. Por eso el operador diestro y concienzudo, el profesor estudioso que contribuye á la causa de la ciencia, el artista conocedor y exigente en estética dentaria, ejercen bienhechora influencia social, y por el desinterés y la rectitud que no pocas veces sobresalen en su vida profesional, realzan la nobleza de la naturaleza humana. Y por eso también la valiosa cooperación de sus servicios, es elemento indispensable si queremos alcanzar el antiguo ideal en la educación: *Ut sit mens suna in corpore sano.*

JUAN BREÑA.

SECCION XXVII

REVISTA
DE LA
PRENSA MEDICA MEXICANA.

Extractos de la literatura oftalmológica.—DR. M. URIBE TRONCOSO, de México. *La higiene de la vista en la escuela y la corrección óptica.* (Anales de oftalmología. Tomo III, núm. 8.)—Los estudios de Cohn, de Breslau, demostraron, desde 1867, que las malas condiciones de las salas de estudio no sólo aumentaban la miopía en los afectados, sino que podían producirla en los niños que tuvieran ojos normales. Los trabajos de Cohn y los de Javal, Giraud-Teulon, Erisman, indujeron á establecer en las escuelas condiciones de alumbrado, de mobiliario, etc., verdaderamente higiénicas.

Pero pronto se vió que todo esto no bastaba á remediar ni el grado de miopía ni el tanto por ciento de este vicio de refracción entre los alumnos. Entonces se buscó el factor que explicara este fracaso, y Risley, de Filadelfia (cuya opinión ha sido aceptada por la generalidad), después de cuidadoso estudio, ha demostrado con las estadísticas, que las anomalías en la forma del globo ocular y especialmente el astigmatismo, son las causas de la producción de la miopía; pues esos defectos, obligando á los niños á hacer mayores esfuerzos de acomodación para obtener una buena imagen retiniana, provocan la distensión del segmento posterior del ojo y el alargamiento del eje, es decir, la miopía.

Estas anomalías son congénitas, hereditarias, y una buena higiene escolar no consigue vencerlas, aunque atenúe sus funestas consecuencias. Lo que seguramente logra evitar esos fatales resultados es lo que el autor propone: *la corrección de todos los vicios de refracción, tan luego como el niño entre á la escuela.* Esta corrección es para los niños una salvaguardia contra los peligros que el estudio, aun en las mejores condiciones higiénicas, trae consigo.

Las estadísticas demuestran que los temores de empeoramiento por el estudio, de las perturbaciones oculares, no son infundados, pues tanto en Europa (estudios de Cohn), como en Estados Unidos (estudios de Risley), como en México (observaciones del Dr. Ramos y del Dr. Montaño), sucede que la proporción de miopes aumenta á medida que crecen las exigencias escolares; por ejemplo, mientras en las escuelas primarias de la capital de nuestra República hay un 4 por 100, la cifra sube á 19 por 100 en las escuelas superiores.

Urge, por lo mismo, que se haga un examen del estado de los ojos al ingreso de cada niño, así como se debe hacer de su salud general. Ese examen podía practicarlo el mismo profesor, debidamente aleccionado, á quien se proveería (según lo aconseja el Dr. Risley) de: 1º una escala de optotipos; 2º una escala para ver de cerca, y 3º una cinta métrica. Con estos elementos puede determinarse el estado de su visión lejana y próxima y la distancia de su *puntum próximum;* determinación que bastaría para eliminar á los niños que tuvieran vicios de refracción, los que serían enviados al *oculista inspector*, quien, después de hacer la corrección óptica conveniente, indicaría además la proximidad á que debe colocarse el niño, tanto del maestro como del pizarrón. Para los niños enfermos debe tenerse asimismo mayor tolerancia en el número de materias que deben estudiar y en el tiempo fijado para completarlas.

Insiste el autor en estos puntos de grandísima importancia: 1º que se hagan esfuerzos por conseguir que en todas las escuelas se adopten los preceptos higiénicos, relativos á cantidad y dirección de la luz, mobiliario, libros de texto, cantidad de tiempo dedicado al estudio, etc.; y 2º que *nunca deben los padres permitir á sus hijos estudien en casa donde las condiciones higiénicas son malas* y por lo mismo anulan los beneficios obtenidos con una buena instalación escolar.

Dr. José de Jesús González, de León, México. *Apuntes para el estudio de la etiología, pronóstico y tratamiento de la neuritis óptica.* (Anales de Oftalmología, tomo III, nos 9 y 10). Estudio basado en el análisis de 16 observaciones personales de neuritis óptica, que, en lo referente á las causas, se reparten como sigue: 7 casos por meningitis crónica de la base, 1 por meningitis aguda de sitio basilar y de origen puerperal, 1 por meningitis cerebro-espinal epidémica, 2 por tumor endocraneano (uno del cerebelo y otro protuberancial), 1 como fenómeno inicial de una poli-neuritis puerperal sub-aguda, 1 postgripal, 1 post-variólico, 1 de origen diabético y 1 *consecutivo á piquete de alacrán.*[1] De las anteriores observaciones relatadas con detalle, se pueden deducir las siguientes consecuencias: que las causas de la neuritis óptica son *las meningitis* cerebrales, predominando las de la base y las de marcha sub-aguda ó crónica; los *tumores endocraneanos*, sobre todo, los de la base ó que avecinan las vías ópticas[2]; las *infecciones*, las *discrasias* y las *intoxicaciones*, cuya

1 A las anteriores puedo agregar: 2 más por meningitis crónica, 2 más por tumor endocraneano y 2 *más como consecuencia de infección puerperal.*—J. de J. González.

2 Parece que los últimos acontecimientos tienden á demostrar que los tumores producen el edema

manera de acción es probablemente idéntica: la irritación del nervio óptico por medio de los productos anormales que arrastra la sangre. Entre las infecciones llama poderosamente la atención la puerperal; pues en los casos observados por el autor, la infección fué ligera y el ataque de las meninges fué nulo ó poco marcado. Otra de las historias clínicas que, por la rareza del caso á que se refiere, debe recordarse, es la que reseña el *edema papilar, con amaurosis completa, consecutivo á piquete de alacrán:* el veneno del alacrán es un veneno del sistema nervioso y probablemente no sólo produce edema papilar, sino también anestesia de la retina. En el caso aludido la curación se consiguió en una semana.

La neuritis óptica ocupa el segundo lugar entre las causas de ceguera, en una serie de 58 ciegos examinados por el autor. Además de este dato, que hace patente la gravedad y frecuencia de la inflamación del segundo par, puede reducirse á las tres fórmulas siguientes, cuanto acerca de pronóstico de la enfermedad en cuestión pueda decirse: 1ª Si la enfermedad causal es incurable, *casi* seguramente lo será también la neuritis; 2ª Si la enfermedad causal es de larga duración (de meses ó años), lo más probable es que la neuritis termine por atrofia; 3ª Si la enfermedad causal es curable y pasajera, la neuritis curará también, siempre que se combata con los medios apropiados y oportunamente.

Estos medios apropiados son, ante todo, el tratamiento de la enfermedad causal, al que debe darse tanta mayor importancia, cuanto que el pronóstico de la *neuritis* depende del de la enfermedad que le ha dado origen.

Establecida esta primera y principal parte de la terapéutica, podemos recurrir, con probabilidades de buen éxito, á los yoduros alcalinos, y *sobre todo*, á las inyecciones de cianuro doble de oro y potasio en dosis de 3 á 5 miligramos diarios; en los casos de origen sifilítico es útil reemplazar el cianuro de oro por el de mercurio, Con este tratamiento se ha conseguido la curación en 6 casos y la mejoría en 1, de los 16 señalados.

Dr. P. Scremini, de Montevideo. *Jaqueca y parálisis del cuarto par.* (Anales de Oftalmología, tomo III, nº 11). Señora de 37 años, sin hijos, de antecedentes tuberculosos y neuropáticos de familia, y en los personales jaqueca y asma. A los 28 años padeció el primer ataque de jaqueca, teniéndolos cada dos meses en los dos últimos años. El último acceso fué el 11 de Febrero de 1900, habiendo persistido 16 días, atenuándose en seguida el dolor; pero apareciendo diplopia, que era provocada, según diagnóstico del Dr. Demicheri, por una *parálisis aislada del oblicuo mayor derecho.* Esta parálisis cedió á la galvanización, la cual fué empleada juntamente con la franklinización dirigida á curar la jaqueca.

En esta observación hay de notable: 1º la aparición tardía de la jaqueca: 28 años; 2º la coexistencia de jaqueca y asma; 3º la existencia de epilepsía en un hermano, aparecida tardíamente y acompañada de pasajera hemi-anopsia superior; y 4º (que es lo que constituye lo notable de la observación) la aparición, durante el último acceso de jaqueca, de la parálisis del patético, parálisis que fué seguida de la atenuación del dolor.

Estas parálisis las llaman los alemanes *oculo-motriz periódicas y reincidentes*, y los franceses, *jaqueca oftalmoplégica.* Todos los diferentes músculos

papilar por aumento de presión intracraneana; pues Babinski ha conseguido curar dicho edema papilar por la trepanación craneana, y otros autores por la extracción de líquido céfalo raquídeo hecha por medio de la punción lombar.—*J. de J. González.*

del ojo pueden ser atacados, siendo los más frecuentes el motor ocular externo y aun toda la musculatura del ojo. Pero solamente se encuentran dos hechos publicados de parálisis post-migránica del grande oblicuo: la del autor y otra de Luzenberger.

Lo que caracteriza estas parálisis es que aparecen durante el ataque de jaqueca, son acompañadas de atenuación del dolor y pasan pronto, siendo, además, reincidentes.

DR. P. DE OBARRIO, de Guayaquil, Ecuador. *Un caso de queratitis vesicular.* (Anales de Oftalmología, tomo III, nº 11). Describe un caso de queratitis vesicular observado en un niño, al mismo tiempo que una afección pustulosa invadía la piel de la cabellera y que se declaraba una otitis purulenta. El principio de la enfermedad se manifestó por una «fiebre de cabeza,» como la llama la madre del niño, durante la cual éste no podía abrir los ojos, y en cuyo transcurso apareció en el centro de cada córnea una vesícula trasparente al principio, y que más tarde se llenó de líquido, «reventándose» después y dejando como consecuencia un leucoma de *igual tamaño é idéntica forma* el de un ojo al del otro, variando sólo en densidad.

Lo curioso de la observación consiste en que se presentaron las pústulas en *ojos normales*, siendo lo común que únicamente se observen en los ojos estafilomatosos, en caso de írido-ciclitis, glaucomas crónicos, etc.

Llama también la atención el hecho de la coexistencia de la afección ocular con la afección pustulosa de la piel de la cabellera y la purulenta del oído, lo que hace pensar en la existencia de una infección y aclara un poco el oscuro origen de las queratitis pustulosas.[1]

DR. OTTO WERNICKE. de Buenos Aires. *Ruptura directa de la esclerótica.* (Anales de Oftalmología, tomo III, nº 12). La ruptura indirecta de la esclerótica es frecuente, la directa es muy rara. El caso á que se refiere el autor corresponde á un español de 41 años, que á la edad de 3 recibió una cornada en el ojo derecho, órgano que presentaba en el momento del examen el aspecto siguiente: conjuntiva bulbar inyectada, con venas dilatadas: córnea transparente con su epitelio intacto; humor acuoso turbio, pupila en contracción máxima, V=0, T=1. Bulbo muy sensible á la presión. Habiendo sufrido fuertes dolores supra-orbitarios, fotofobia y lagrimeo, se decidió la enucleación, la cual presentó alguna dificultad por las fuertes adherencias existentes entre el bulbo y la conjuntiva y demás tejidos orbitarios del lado temporal.

Estudio anatómico del bulbo: atrofiado; á tres milímetros de la entrada del nervio óptico y hacia el lado temporal, se nota un surco profundo, vertical, de un centímetro de largo. Endurecido el bulbo en formol y dividido, se halla: cristalino calcificado, coroides con puntos de degeneración ósea, atrofiada y solamente representada por la sub-coroidea de mallas distendidas. La retina desprendida, está transformada en tejido de aspecto fibroso. Los bordes de la herida esclerotical invertidos tienen enclavadas fibras musculares estriadas, á su nivel adhiere la retina alterada y á uno y otro lado existe acumulación de pigmento. Hay neoformación de tejido óseo desde la papila hasta el ecuador del bulbo, que se ha formado á expensas de las capas internas de

1 Me ha sido dable observar dos casos de *queratitis vesicular* que terminaron por la ulceración corneal y dejaron leucomas poco densos y en los cuales se desarrollaron simultánea y paralelamente las vesículas queráticas y vesículas eczematosas de la piel de la frente y de los párpados, haciéndome esto pensar que algunas veces la queratitis vesicular no es más que el *eczema de la córnea.*

Tal vez pronto publique un estudio sobre este asunto.—*José de J. González.*

la coroides, ofreciendo de interesante este foco de neoformación ósea la gran cantidad de tejido adiposo que encierra y que el autor cree resultar de los espacios medulares muy desarrollados.

El mecanismo de la ruptura debió ser como sigue: el cuerno penetró por el ángulo interno sin herir los párpados, produjo una exoftalmia y rotación del bulbo hacia adentro, rotación que, limitada por el nervio óptico distendido, permitió que el bulbo fuera comprimido entre el cuerno y la pared orbitaria, pudiendo ser atravesadas sus paredes, haciéndose probablemente un escape de vítreo por la herida y quedando pellizcado el recto externo.

DR. DANIEL M. VÉLEZ, de México. *Dacriocistitis congénita curada por el masage* (Anales de Oftalmología, tomo III, nº 12). Hace tres años observó en una niña, nacida pocas horas antes, una tumefacción al nivel del saco lacrimal izquierdo, del tamaño de un chícharo, cubierta por piel roja, tersa y brillante, de consistencia renitente y que no se vaciaba por la presión. La conjuntiva y la nariz estaban sanas. La niña era sana también y sin antecedentes patológicos hereditarios.

Hizo el diagnóstico de *dacriocistitis congénita*, distinta de la que Lévy denomina *dacriocistitis del recién nacido* y que se desarrolla después del nacimiento.

El masage hecho suavemente y dos veces por día, consiguió vaciar el saco á la tercera sesión, saliendo el contenido por la nariz, quedando la niña curada á los 5 días.

Cree, con el Profesor Panas, que la causa de la dacriocistitis en el caso presente, fué un retardo en la desobstrucción del canal lacrimo-nasal, cuyas desembocaduras conjuntivales y nasal estaban llenas de despojos epiteliales, siendo el saco el lugar de retención de los líquidos.

León (Gto.)—Octubre de 1901.

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ.

SECCION XXVIII.

REVISTA

DE LA

PRENSA MEDICA EXTRANJERA

Philadelphia Medical Journal.—(Sept., 21 de 1901.)—*Valor diagnóstico y terapéutico de la tuberculina en la tuberculosis humana.*—A juzgar por el buen resultado que la tuberculina ha dado en manos del Dr. G. A. Heron, de Londres, como agente terapéutico, dista mucho de merecer la mala, ó mejor dicho, la pésima reputación en que tal medicamento se halla envuelto casi desde su creación.

La caída de la tuberculina se inició cuando Virchow la acusó de propagar el proceso destructor á los tejidos sanos inmediatos á las localizaciones tuberculosas.

Desde entonces perdió más y más su ascendiente en el ánimo de la pro-

fesión médica, hasta verse relegada á la categoría de substancias no solamente inútiles sino nocivas.

Pero nada de estas denigrantes cualidades ha sido vista por el Dr. Heron, quien, por el contrario, encuentra en ella un recurso de primer orden contra la más destructora de las infecciones.

Koch emitió la idea de que solamente aquellos casos en que la tuberculización se hallara circunscrita á una pequeña porción de uno de los pulmones, y esto sin haber llegado aún á producir excavación, podían darnos esperanza de curación por la tuberculina. Ahora bien, Heron ha operado en tuberculosos de los hospitales, y al felicitarse de los resultados obtenidos hace notar, con verdad, que tales enfermos no son precisamente los que realizan las condiciones señaladas por Koch.

En sentir del médico inglés, las circunstancias á que la tuberculina debe su condenación, son las siguientes: 1ª Su uso frecuente en casos en que no debiera usarse. 2ª Su administración á dosis demasiado fuertes. 3ª Olvido de la regla que prescribe no administrar nueva dosis antes que la temperatura haya descendido á su nivel normal y se haya mantenido en él durante veinticuatro horas cuando menos. 4ª Olvido de la regla que previene que la dosis de tuberculina no debe aumentarse, y sí disminuirse cuando su administración se ha seguido de elevación térmica. 5ª La prevención creada, tanto por los médicos como por los enfermos en contra del remedio á causa de la agravación de los síntomas que no pocas veces sigue á su uso.

Desde 1890 hasta el presente año, 51 enfermos de tuberculosis pulmonar han sido tratados por Heron mediante la preparación en cuestión, y de este número 16 se hallan en la actualidad en satisfactorio estado de salud, el cual se ha mantenido durante siete años, en 10 de ellos, 3 años en otros 3 enfermos, y 2 años en los tres restantes. En estos 51 primeros enfermos se usó la tuberculina antigua.

A principios de 1897 trató con auxilio de la nueva á 7 pacientes en igualdad de condiciones á los de la primera serie, y el año pasado fué posible encontrar 3 de aquellos en buen estado y entregados al trabajo.

En fin, en 1899, 10 enfermos más fueron tratados del mismo modo, y hasta hoy 3 de ellos han visto realizado el objeto buscado.

Krause, por el mismo camino ha obtenido en 27 casos 12 buenos resultados.

Goetsch, de Slawentzitz, que trata á sus enfermos con dosis mínimas de tuberculina de manera de evitar el alza de la temperatura y los otros síntomas de reacción, asegura haber alcanzado con este método la cifra de 71 por 100 de curaciones en 224 casos de tuberculosis, no sólo de los pulmones, sino también de los demás tejidos.

La opinión de Heron es que la tuberculina, lo mismo que otros muchos medicamentos muy activos y cuya virtud está precisamente en esta actividad, puede producir efectos muy diversos según el uso que de ella se haga.

Tampoco ha visto producir, en sus manos, los malos efectos que se imputan al medicamento cuando se le emplea como medio de diagnóstico y á propósito de esta cuestión, cita lo hecho por el Dr. France en un hospital de enajenados de la ciudad de Londres. Queriendo el mencionado médico saber á punto fijo cuáles de sus asilados estaban atacados de tuberculosis, hizo la prueba de la tuberculina en 55 de ellos, y vió aparecer la reacción característica en 45. Cuando 34 de estos últimos murieron eventualmente, le fué dable ha-

cer 29 exámenes *post-mortem*, y en todos ellos encontró confirmado el diagnóstico.

En cuanto á los 10 individuos en que no hubo reacción, 5 de ellos sucumbieron á diversas dolencias, y en ninguno de ellos se halló huella alguna de infección por bacilo de Koch, y añade que se muestra grandemente satisfecho, no solamente de la eficacia de la tuberculina desde el punto de vista de su capacidad para descubrir la infección tuberculígena, y confirmar ó desechar una sospecha acerca de ella, sino también de la completa inocencia de su empleo, así en los tuberculosos como en los no tuberculosos.

Ante tales afirmaciones, forzoso es reconocer que, cuando menos, distamos mucho, en materia de tuberculinas, de saber todo lo que hay que saber. En nada es más fácil que en Terapéutica, convertir en tradición los errores, porque no siendo dable á la mayoría de los médicos formar opinión personal sobre la eficacia ó ineficacia de todos los medicamentos, su criterio se convierte fatal é inconscientemente en tributario del de las autoridades de la ciencia, y cuando estas autoridades rindan, á su vez, el duro tributo á la falibilidad al proclamar sus decisiones, es seguro que un error, cuya duración nadie puede prever, se entronizará en nuestro ánimo. Por fortuna, tales decisiones no son inapelables, pero sí se necesita tiempo, perseverancia y á veces conflictos, para llegar á la verdad que, á semejanza del oro de las minas, está generalmente muy profunda, es difícil de descubrir y aún se pierde después de descubierta.

No pretendemos que los impugnadores de la famosa tuberculina estén en un error, pero sí creemos que mientras haya médicos que como el Dr. Heron obtienen resultados tan diferentes de los que obtienen aquellos, se tiene el derecho de dudar y pedir la aclaración de la duda, no por el placer de ver triunfar una idea y caer otra, sino con la esperanza de ver triunfar lo verdaderamente útil para los enfermos.

ALBERTO NAVA.

Antikamnia y Heroína.—La combinación de estas dos substancias de valor legítimamente reconocido, ha producido los más felices resultados en manos del Dr. G. Rainey, para combatir el dolor y quebrantamiento propio de las afecciones catarrales agudas, de la neumonía, gripa, tuberculosis, asma y en general de los males que se acompañan de dolor y dispnea. Siendo perfectamente conocidas y experimentadas las propiedades terapéuticas de ambos medicamentos no vacilamos en recomendar su uso al Cuerpo médico.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Fisiología humana, por el DR. LUIGI LUCIANI, Director del Instituto Fisiológico de la Real Universidad de Roma.—Versión Castellana, por P. Ferrer Piera.

La *Fisiología Humana*, de Luciani, es, por de pronto, la obra de Fisiología más moderna, tanto, que su publicación en castellano correrá parejas con la de la obra original, y en ella encontrará el lector las más recientes conquistas de la ciencia actual, que únicamente podría hallar hoy dispersas en revistas y monografías publicadas en distintos países, sin contar el gran cau-

dal de hechos originales que el notable fisiólogo de Roma acumula en su libro. Además figura en cada capítulo una extensa bibliografía, aumentada al final de la obra con notas referentes á la bibliografía española, por el sabio catedrático de esta Universidad Dr. Rodríguez Méndez.

Todos los importantes capítulos de la obra han sido tratados con una justísima extensión, ateniéndose principalmente á las cuestiones estrictamente fisiológicas, miradas siempre más desde el punto de vista médico que naturalista, haciendo una exposición metódica, sobria y didáctica en el desarrollo de toda la parte doctrinal, y mirando con predilección, sin omitir nada interesante de cuanto pueda tener la menor aplicación á la Medicina.

En la parte técnica la obra del Profesor Luciani raya también á una altura notabilísima, trasluciéndose inmediatamente la mano del hombre que trabaja.

Esta obra, indispensable á cuantos médicos y alumnos se interesan por el desarrollo de una de las más hermosas é importantes bases de la Medicina, se publicará bajo las siguientes

CONDICIONES DE SUBSCRIPCIÓN.

Esta importantísima obra formará dos tomos en 4º mayor magníficamente impresos en papel superior é ilustrados con gran número de grabados en negro y en colores intercalados en el texto.

Se publicará cada diez días por cuadernos de 40 páginas cada uno al precio de UNA PESETA EN TODA ESPAÑA.

PUNTOS DE SUBSCRIPCIÓN.

Barcelona.—En este establecimiento editorial, calle de Valencia número 301, y en las principales librerías y Centros de Subscripciones.

Extranjero y Ultramar.—En las Agencias editoriales debidamente autorizadas por nuestra casa, y en la Administración de la *Crónica Médica Mexicana*, Plaza de San Juan, núm. 17.

Almanaque Bailly-Baillière.—Hemos recibido esta hermosa y elegante publicación para 1902, cuyo éxito es cada año mucho mayor; consta de más de quinientas páginas impresas en papel fino, fuerte y satinado, mil cincuenta y dos ilustraciones finamente grabadas en madera ó fotograbadas, seis mapas en colores y una sólida encuadernación imitando cuero é impresa con tinta metálica.

Contiene veintidós grandes secciones sobre todos los conocimientos humanos, con más de ciento veinte artículos ó asuntos; en la imposibilidad de dar el sumario íntegro, señalaremos tan sólo algunos de los más útiles y curiosos trabajos que publica: Una *Historia general del año*, con ciento nueve grabados; *Historia completa de Alemania*, con retratos de todos los soberanos de esta nación: otra *Historia del Pontificado*, con el retrato de todos los Papas: *Descripción de todas las armas y blasones de las cuarenta y nueve capitales de España*, con sus cuarenta y nueve escudos correspondientes; *Mapas en color* de la guerra anglo-boer, del Africa austral, de China y de los ferrocarriles del mundo entero; *El comercio de España*, con 33 grabados; *Las banderas del pasado*, con 34 reproducciones; *La literatura francesa en el siglo XIX*, con 25 retratos; *La Cerámica en España*, con reproducciones de piezas y de marcas;

El Himno Nacional de Suiza y del Transvaal; Las Leyes de la Arquitectura humana, con 14 grabados; *Aires populares andaluces; La moneda; La influenza;* un tratado práctico de Cirugía, ilustrado; Un curiosísimo y útil *Manual de alumbrado eléctrico*, con 22 grabados; *El Abogado del Cazador; Arte de conocer los quesos*, con 24 grabados; *Plantas de habitación*, con 30 ilustraciones; *El yachting*, con 38 figuras; *Tratado de lucha francesa*, con 30 grabados; *Vocabulario en cinco idiomas*, etc., etc., y, por último, una completa y bien entendida *Guía de Sevilla*, con numerosos grabados y un magnífico plano en color. Precio, 75 centavos.

NOTAS

NUEVOS FARMACÉUTICOS.

Hemos tenido el gusto de recibir las tesis que, para su examen profesional de farmacia, presentaron al jurado calificador en Guanajuato los estudiosos jóvenes Pedro Alemán y Jesús Alemán Pérez, hijos de nuestro muy estimado amigo el Sr. Dr. D. Jesús Alemán. La del primero es un estudio sobre la *Erythrina Breviflora*, y la del segundo otro estudio de igual género, químico y botánico, sobre la *Euphorbia Sphaerorhiza* ó Jicamilla. Ambos trabajos son de mérito, constituyendo un contingente benéfico para el estudio de la rica flora de nuestro país.

Deseamos á los nuevos profesores todo género de prosperidades, felicitando á la vez á nuestro distinguido compañero el señor su padre.

ESCUELA N. DE MEDICINA.

CONVOCATORIA para adjudicar dos premios de $750 cada uno de la testamentaria del Sr. Dr. Tomás Parada.

La Junta de Profesores de la Escuela N. de Medicina, abre un concurso para premiar el mejor trabajo acerca de las siguientes cuestiones:

1ª Etiología y tratamiento de la *lepra*.

2ª Demostración experimental de la acción fisiológica y terapéutica de la Tullidora, *Rhamnus humboldtianus, Rœm et Schultz.*

1ª Las Memorias relativas deberán remitirse al Secretario de la Escuela, antes del 1º de Diciembre de 1902, escritas en español, sin firma y acompañadas de un pliego cerrado que contenga el nombre del autor, y en cuya cubierta se vea repetido el lema ó contraseña que encabeza la Memoria.

2ª Serán admitidos todos los trabajos que se presenten conducentes al objeto, y sólo serán desechados los escritos por profesores propietarios, ó adjuntos de esta Escuela.

3ª En la citada fecha, dará cuenta el Secretario al Director de la Escuela de las Memorias que hubiese recibido, y en el acto se citará á los profesores para nombrar, por escrutinio secreto, de entre ellos, tres propietarios y dos suplentes para formar cada jurado de calificación. El Secretario entregará al Jurado todas las Memorias numeradas en el orden de su presentación, reservando en su poder los pliegos cerrados. Cualquiera excusa para pertenecer al Jurado, se tendrá sin discusión alguna, por suficiente para hacer en el acto otra elección, ó después para llamar al suplente respectivo.

4ª Ocho días después de haber sido nombrados los jurados calificadores, informarán al Director del tiempo que necesitan para presentar su dictamen.

Analizarán las Memorias presentadas, y fundados en ese análisis y sin juzgar con gran severidad, señalarán la que á su juicio merezca el premio, si debe dividirse, en qué proporción, ó declararán que ninguna es acreedora á él. Si el Jurado cree que el autor de alguna Memoria es digno de recompensa á título de estímulo, podrá proponerlo á la Junta de Profesores para que ésta resuelva lo conveniente.

5ª Al designar cada Memoria que obtenga el premio ó recompensa, se abrirá el pliego cerrado que le corresponda para proclamar al autor, reservando en secreto los pliegos restantes, sin abrirse, mientras los autores no indiquen lo contrario.

6ª Todas las Memorias que se presenten á concurso, sean ó no premiadas, pasarán á ser propiedad de la Escuela N. de Medicina, la cual se reserva el derecho de gestionar su publicación siempre que el Jurado lo indique y la Junta lo apruebe, con el nombre del autor, si éste lo desea, ó sin él.

Los pliegos cerrados de Memorias no premiadas ó no recompensadas, se inutilizarán al cabo de seis meses.

México, Diciembre 1º de 1901.—*M. Carmona y Valle*, rúbrica.—El Secretario, *J. Terrés*.—Rúbrica.

AÑO NUEVO.

El Director de la «Crónica Médica Mexicana» envía su más cordial saludo á los lectores en general de esta publicación y en particular á sus numerosos amigos, deseándoles prosperidades mil en el año que hoy empieza.

"EL PRÁCTICO."

Con este rubro ha llegado á nuestra mesa de redacción un nuevo colega editado por nuestro apreciable amigo el Sr. Dr. Manuel Gómez Portugal y el Sr. Dr. José G. Cruz, en Aguascalientes, y en cuyas páginas hemos visto con gusto que se trabaja activamente en pro de la buena ciencia. Larga vida le deseamos.

LA CUESTION DE LA LEPRA.

Hemos recibido con el título *ut supra* un interesante estudio del Dr. D. Juan Miró, rico en datos para el conocimiento, profilaxia y tratamiento de esta entidad nosológica, para cuya completa extirpación de nuestro país deben hacerse todos los esfuerzos posibles, atendiendo las indicaciones de los médicos que por tener oportunidad de observarla de cerca están en aptitud de estudiar los mejores medios profilácticos para vencerla.

SÚPLICA A NUESTROS LECTORES.

Nuestro apreciable Editor, el Sr. D. Juan Aguilar Vera, nos ha encargado roguemos á nuestros estimados lectores se sirvan, á la brevedad posible, pedirnos los números de la *Crónica* que falten á sus colecciones, no solamente del Tomo IV correspondiente al año que acabó de finalizar, sino de los tres tomos anteriores, pues próximamente va á procederse á la encuadernación de los volúmenes que quedan para el Archivo y Librerías, siendo entonces difícil la reposición de los números extraviados.

Igual súplica hace la Redacción á todas las publicaciones extranjeras con quienes sostiene cange este Periódico, dando para sus reclamaciones, que serán atendidas inmediatamente, el plazo bastante amplio de seis meses.

El señor Editor nos recomienda asimismo avisemos á nuestros suscriptores que en el presente mes extenderá sus giros por el año pasado, haciendo notar que en nada altera las condiciones de la publicación á pesar de que por nuevo arreglo con nosotros, se aumenta definitivamente el número de páginas y van á incluirse además en el curso del año litografías y fotograbados numerosos que ya están en ejecución.

NUEVAS PUBLICACIONES EXTRANJERAS.

Entre las últimas que nos eran desconocidas y que hemos recibido casi al terminar el año, dejando establecido desde luego el cange de costumbre, se encuentran la *Revista Médica del Uruguay*, en la que hemos leído trabajos de mérito de los Dres. Turenne, Bottaro, Etchepare, Lenguas, etc.; la *Revista del Centro Médico de Córdoba*, República Argentina, la titulada *Tablettes Médicales Mobiles*, publicación original en que los artículos pueden irse formando por orden alfabético y formar en seguida con ellos uua especie de Diccionario; el *Arxius de las Malaltias de la Dona*, publicacióu importante de Ginecología que en catalán se edita en Barcelona, y otras varias que próximamente iremos apuntando para hacerlas conocer á nuestros lectores.

MANUAL DE PATOLOGÍA INTERNA POR EL SR. PROF. DR. JOSÉ TERRÉS.

En los momentos de entrar en prensa el último pliego de este número, y ya sin espacio para ocuparnos con amplitud de este suceso, fausto para la literatura médica nacional, hemos tenido el gusto de recibir el segundo tomo de la obra cuyo título encabeza estas líneas. Con toda convicción aseguramos que este segundo volumen, que abraza las enfermedades de los aparatos respiratorio, circulatorio y urinario, será acogido con beneplácito, tanto por el Cuerpo Médico Nacional como por los alumnos de nuestra Escuela.

EL SR. D. LUIS G. ABOGADO.

El día 5 del corriente falleció en esta Capital el Sr. D. Luis G. Abogado, padre del Sr. Dr. Enrique L. Abogado, Director de este periódico.

Una existencia larga consumida en el trabajo y guiada hasta el fin por la segura mano de la honradez, tal es la pérdida que hoy lamentamos.

Un ejemplo, que es la mejor de las enseñanzas, es lo que queda como patrimonio para sus hijos.

Que ese precioso patrimonio sea el lenitivo del dolor que oprime al corazón de nuestro amigo y que nuestra sincera condolencia sea para él parte de su consuelo.

A. NAVA.

SUMARIO

TOMO V. MÉXICO, FEBRERO 1° DE 1902 NÚM. 2.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

LA TRASMISION DE LA FIEBRE AMARILLA POR LOS MOSQUITOS

Hace muchos años, que el Dr. Carlos J. Finlay, de la Habana, publicó en los *Anales de la Academia*, de esa ciudad, una nueva teoría sobre la trasmisión de la fiebre amarilla, exponiendo las pruebas y experimentos que había hecho, para demostrar que el mosquito era el agente propagador de esta enfermedad. Esos trabajos del médico cubano fueron pronto olvidados, no obstante que Berenger-Féraud, en su notable obra sobre la fiebre amarilla, reconoció que la teoría era atractiva y que estaba expuesta con talento y habilidad.

Veinte años después, los Dres. Reed, Carroll y Agramonte, en la misma Habana, se dedicaron á estudiar el vómito y su modo de propagación, y después de muchas investigaciones, todas negativas, comenzaron experiencias en gran escala y con sobra de elementos para comprobar la teoría de Finlay, comunicando sus resultados en una nota preliminar á la Asociación Americana de Salubridad Pública, en su *meeting* anual celebrado en Indianápolis en 1900 y en una nota complementaria al Congreso Médico Pan-Americano, reunido en la Habana en Febrero de 1901.

Tuve el honor de asistir á este Congreso, como Delegado de México, y no sólo oí la lectura de esa Memoria, que hizo el Dr. Reed, en inglés, y reprodujo en seguida el Dr. Agramonte, en castellano, si no que, en unión de mis compañeros de la Comisión mexicana fuí invitado y concurrí á visitar las instalaciones que para sus experimentos se habían montado en *Los Quemados*, pequeña población de las cercanías de la Habana. La descripción de esas instalaciones, la hizo de un modo magistral, mi compañero de comisión, el distinguido Dr. R. Suárez Gamboa, en una comunicación á nuestra Academia de

Medicina, publicada en el núm. 12 del periódico de esta docta Corporación, correspondiente al 15 de Junio del presente año. Nada nuevo puedo agregar á dicha descripción, ajustada enteramente á la fidelidad de una observación completa.

La lectura del trabajo de los Dres. Reed, Carrol y Agramonte, en el Congreso Pan-Americano, produjo, como es natural, su discusión, que iniciada por el Dr. Pernas, se limitó á combatir, bajo el punto de vista de la moral, los experimentos que se hacían en el hombre vivo, contestando el Dr. San Martín con brillantes argumentos para desvanecer la creencia del Dr. Pernas. Desgraciadamente se consumió el turno de la discusión en analizar la moralidad de dichas experiencias y nada se trató sobre el valor científico de las mismas.

En nuestro país se ha publicado algo sobre estos trabajos, por el Dr. A. Matienzo, de Tampico, partidario decidido de la nueva teoría, y por el Dr. Iglesias, de Veracruz, que ha hecho varias objeciones, dignas de tomarse en consideración.

Es una materia tan importante para nosotros todo lo que se relaciona con la fiebre amarilla, el terrible huésped de nuestras costas del Golfo, que he seguido con verdadero interés los trabajos de los Dres. Reed, Carroll y Agramonte, y quiero tratar en este artículo de algunas objeciones que encuentro pueden hacerse á las conclusiones que de dichos trabajos han sacado los doctores mencionados, á quienes admiro por su abnegación y constancia, así como también debo rendir un respetuoso recuerdo á la memoria del malogrado Dr. Lazear, muerto en la Habana, de fiebre amarilla, contraída durante las experiencias de la Comisión investigadora, y en cuyo honor, y como justo tributo á su memoria, el campo de observaciones de la Comisión, lleva hoy el nombre de «Campamento Lazear.»

Para probar una nueva teoría sobre una enfermedad, es indispensable que quede enteramente nulificada la concepción que hasta entonces se tenga sobre la misma. En otros términos, si hasta hoy se ha creído que la fiebre amarilla se adquiere por infección ó por contagio, y ahora se quiere probar que únicamente se produce por inoculación del mosquito, es indispensable descartar los factores anteriores y producir un ataque de fiebre amarilla completamente ajeno al contagio y á la infección. Es cierto que los Dres. Reed, Carrol y Agramonte, antes de someter á los individuos en prueba á las picaduras de los mosquitos infectados, los someten varios días á una cuarentena rigurosa, para asegurarse de que no tienen la enfermedad en su período de incubación, con lo cual quedan también á cubierto de que se objete que hubo contagio. Pero esas experiencias se han hecho exclusivamente en Cuba, país que presenta el vómito en todo su territorio, y se han hecho las experiencias en una zona, que precisamente ha sido la más castigada por la enfermedad.

Sabido es por todos, pues los periódicos lo repetían diariamente, que durante la última guerra separatista en Cuba, el Gobierno español, aprovechando la escasa anchura que tiene la isla, en su parte occidental, que del punto llamado Mariel, en la costa Norte, á Majana, en la costa Sur, hay escasamente ocho leguas, construyó una serie de fortines y trincheras, una trocha militar para dividir los dos departamentos de la isla é incomunicar á las partidas de insurrectos de uno y otro departamento. Para cuidar esa trocha se emplearon miles de soldados, la mayor parte recién llegados de España, entre los cuales

se desarrolló el vómito con la terrible intensidad que lo hace cuando encuentra aglomeración de personas no inmunes y que viven en malas condiciones higiénicas, como un ejército en campaña, y diezmó á dichos soldados que pagaron un tributo tan grande á la enfermedad durante los tres años de guerra, que el Dr. Miranda lo describe gráficamente, diciendo que en esa trocha no hay un palmo de terreno que no abrigue en su seno un cadáver de fiebre amarilla. De esa trocha á la Habana hay una distancia de pocos kilómetros, y entre estos dos puntos, como extremos, está casi en el centro el pueblo de «Los Quemados,» en el cual se han llevado á cabo las experiencias. De modo que entre la Habana, foco permanente y principal de la endemia en Cuba, y ese inmenso cementerio de fiebre amarilla que se llamó «La Trocha,» á muy poca distancia de esos puntos, se ha instalado el campamento de experiencias de los Dres. Reed, Carroll y Agramonte, y se han llevado á cabo las pruebas de estos señores, que con la cuarentena á que someten á las personas que les sirven para sus experimentos, han eliminado el factor contagio, pero no así el factor «*infección por el terreno*,» dadas las condiciones del punto escogido para las experiencias. Estas deben de hacerse en un lugar en que no se haya observado la fiebre amarilla, para ponerlos á cubierto de esa objeción; llevar allí los mosquitos infectados y hacerlos picar á las personas que se sometan á la prueba, ó mejor aún, como propone el Dr. Iglesias, en un barco nuevo que se sitúe á algunas millas de Cuba ó de Veracruz, para que el germen que lleve el mosquito encuentre las condiciones de latitud y altura que tiene en sus principales focos. Si en esas condiciones se produce la fiebre amarilla bien confirmada, no habrá duda posible y la prueba tendrá que imponerse, como verdad bien demostrada.

Que el mosquito pueda trasmitir la fiebre amarilla, es una cosa muy posible, y no dudo que llegue á demostrarse con pruebas exentas de toda objeción, como lo son las del paludismo; pero de esa posibilidad á asegurar que es el único medio de trasmisión, como categóricamente aseguran los autores, hay una distancia inmensa, que no se puede salvar con los casos que refieren en sus memorias. En efecto, los autores terminan sus trabajos con diez conclusiones que sacan de sus estudios, algunas de las cuales me parecen objetables por la extensión que dan á sus preceptos, y esas observaciones son las que me propongo establecer en este artículo.

La segunda conclusión establece que: *la fiebre amarilla se trasmite por medio de la picadura de un mosquito que antes se haya alimentado de la sangre de enfermos de esta infección*; la tercera dice que *parece requerir un intervalo de doce días ó más después de infectado, para que el mosquito sea capaz de trasmitir el germen infeccioso;* y la quinta asegura que *también se puede producir la fiebre amarilla experimentalmente por medio de la inyección subcutánea de sangre tomada de la circulación general durante el primero ó segundo día del ataque.*

Se desprende de esto, que el germen amarillo necesita sufrir alguna modificación en el organismo del mosquito, para lo cual requiere doce días ó más después de infectado para poder trasmitir la enfermedad al hombre sano. Picando á una persona en plena salud, inmediatamente después de haber picado á un enfermo, no es infectante esta picadura, esto es, no trasmite la enfermedad, seguramente porque la sangre que aun lleva en su aguijón no ha sufrido la modificación de doce ó más días que debe tener en el organismo del mosquito; pero con una jeringa de Pravaz sí se produce la enfermedad experimentalmente, y esto impone esta reflexión: Desde el momento en que se ha

producido un ataque de fiebre amarilla por la inyección subcutánea de sangre, según aseguran los autores en su quinta conclusión, no es indispensable la picadura de un mosquito infectado como condición *sine qua non* para producir la enfermedad, y por lo mismo, la décima conclusión que establece: que *la vehiculación de la fiebre amarilla se ha determinado ya definitivamente*, carece de fundamento para conclusión tan categórica.

La séptima conclusión dice: «*La fiebre amarilla no se trasmite por medio de ropas de cama ó de uso, ni por mercancías ni artículos de ninguna clase, que* HAYAN TENIDO CONTACTO *con casos de esa enfermedad, y por lo tanto*, LA DESINFECCIÓN DE DICHOS EFECTOS, CON EL OBJETO DE EVITAR LA PROPAGACIÓN DE LA FIEBRE AMARILLA, ES COMPLETAMENTE INNECESARIA.» Esta conclusión está basada en que siete individuos han permanecido durante veinte y tantas noches en un cuarto enteramente lleno de toda clase de objetos manchados con productos de enfermos de fiebre amarilla, como camas, sábanas, almohadas y cobertores sucios de vómitos, de borras, sangre, orina y materias fecales, y no han contraído la enfermedad. No son siete personas suficientes para fundar una conclusión tan terminante que viene á destruir, en nuestro modo de concebir la infección, la receptividad morbosa del individuo. Setenta casos podía citar de individuos que han permanecido en una ciudad infectada durante años pasando tres ó cuatro epidemias severas, sin tener la más ligera molestia, y luego contraen la enfermedad, y si posible es, por una causa baladí. Conozco en Veracruz un médico que queriendo estudiar el vómito, pasó tres años en el Hospital Militar, atendiendo á los enfermos y observándolos durante toda la enfermedad, así como practicando la autopsía de los cadáveres de fiebre amarilla, y á pesar de esto y de vivir en el mismo Hospital, no contrajo la enfermedad hasta el cuarto año de residencia. Un comerciante español vivió en Veracruz durante dieciocho años, vanagloriándose de que en todo ese tiempo había gozado de completa salud, sin haber sufrido ni un solo dolor de cabeza, y al cabo de ese tiempo fué atacado de fiebre amarilla bien confirmada, muriendo de esa enfermedad. Casos como estos pueden citarse por cientos, y si hasta ahora decíamos que esos individuos no estaban en condiciones de receptividad, que no eran terreno adecuado para que fructificara la semilla, esto es, el germen que absorbían, con la nueva teoría tendremos que suponer que durante tantos años tuvieron la suerte de no encontrar en su camino un mosquito infectado, casualidad bien grande estando en el foco de la enfermedad, y en un lugar en que tanto abundan esos insectos. En todas las enfermedades infecciosas se ve cosa parecida; el tifo, la difteria, la viruela, son consideradas como eminentemente contagiosas, y sin embargo, diariamente vemos que no todas las personas que están en contacto con esos enfermos, ni con los objetos mancillados por ellos, son atacadas por esas enfermedades, y no por eso les negamos el poder de trasmitir el mal, pues no se acepta una teoría fundada en casos raros ó excepcionales, sino en los corrientes y de observación diaria. Además, hay multitud de hechos en que no es posible encontrar la influencia del mosquito como generador de una epidemia, y que, por el contrario, demuestran que los efectos contaminados por el enfermo no son tan inocentes como pretenden los autores. En la riquísima bibliografía de la fiebre amarilla hay miles de hechos que así lo prueban, y entre los cuales tomo sólo los siguientes, para no hacer interminable este artículo.

Refiere Faget, de Nueva Orleans, que en 1863, el «Virginia,» buque negrero, iba de Cuba para México, y fué apresado y conducido á Cayo Hueso y

luego á Nueva York, donde fué transformado en cañonero. Todo ese año permaneció fondeado en el Mississippí, sin tener novedad á bordo, y en 1864 fué puesto en el dique seco, para sufrir reparaciones, apareciendo en seguida la fiebre amarilla entre los obreros que trabajaban en el dique y que removieron la cala del buque, el que había estado infectado anteriormente. En la relación de la comisión americana encargada del estudio de la epidemia de Penzacola, en 1874, se encuentra el caso siguiente: un joven, en dicho punto, enfermó de fiebre amarilla, y puso en una maleta sus ropas de uso y sus libros, y los envió á un pueblo de campo, distante algunas millas de Penzacola, y que había permanecido inmune hasta entonces. TRES AÑOS después fué abierta la maleta, y las cinco personas que habitaban la casa, fueron atacadas de la enfermedad. Foderé relata el siguiente caso: Durante la epidemia de Málaga, el Gobernador dispuso quemar todos los objetos, de cualquier valor que fuesen, que hubiesen servido á los enfermos. De la casa de uno que sucumbió de esa enfermedad, sacaron todos los objetos, y entre éstos había un crucifijo de madera que el moribundo tuvo en sus manos y sobre su pecho durante los últimos momentos. En el instante de irlo á quemar, cumpliendo la orden del Gobernador, el ejecutor gritó: «*Pobre Cristo; no fué bastante que los judíos te crucificaran*; *faltaba aún que te quemasen en Málaga.*» Al oir estas palabras, el pueblo comenzó á gritar y protestar, y el Cristo fué retirado y guardado mientras se daba cuenta al Rey. Este destituyó al Gobernador y expusieron el crucifijo á la veneración de los fieles. Cinco personas que besaron y abrazaron este Cristo, fueron atacados de vómito. En el crucero de vapor «El Castor» se declaró la fiebre amarilla, muriendo á bordo un oficial de administración, y el médico ordenó que se quemaran todos los objetos que le habían servido; pero no se hizo así, sino que fueron encerrados en un cuarto bajo. Al cabo de más de un año, el nuevo médico del buque se sorprendió del mal olor que se notaba en el corredor en que estaba ese cuarto, y averiguó que allí estaban depositadas las ropas del oficial de administración: mandó á sacarlas para desinfectar el cuarto, y las personas que las sacaron enfermaron de fiebre amarilla y se produjo una epidemia á bordo. Durante la epidemia de Barcelona, un trapero compró ropas usadas por enfermos de fiebre amarilla, entre las que había una sobrecama que le gustó al trapero y la reservó para su mujer, que se encontraba en un punto distante y que había permanecido libre de la enfermedad. La mujer recibió la sobrecama y la puso en su catre, durmiendo en él, y á los cinco días enfermó, comprobándose que era la fiebre amarilla, de la cual murió.

Estos casos podía multiplicarlos al infinito. Basta ver la obra de Berenger-Féraud, y encontraremos innumerables páginas refiriendo casos parecidos, relatados por autores de reconocida competencia, verdaderas autoridades en la materia. No es posible admitir que los mosquitos infectados vivan meses y aun años, encerrados en una maleta, en la cala de un buque, entre las ropas de los enfermos ó adheridos á un crucifijo de madera, y por lo mismo, en estos casos, no es el transporte de este insecto el que ha producido la epidemia.

Los mismos Dres. Reed y Carroll, en su último trabajo leído en Búffalo, en Septiembre de este año, dicen: «*El temor que se ha tenido que los insectos infectados puedan ser importados en cajas ó baules, creemos que carece absolutamente de fundamento, por la simple razón de que los mosquitos, privados de agua, se mueren en pocos días, como lo demuestran numerosas observaciones hechas por*

nosotros. Aunque se les permita llenarse de sangre, inmediatamente antes de comenzar el experimento, privándolos del agua, mueren al fin del quinto día ó al comenzar el sexto. Nosotros hemos experimentado con un gran número de insectos, y solamente una hembra sobrevivió al sexto día, aunque en condición muy triste..... El libre acceso al agua es necesario para la existencia del mosquito. Añádase á esto las probabilidades de golpes á un insecto tan frágil, envuelto con artículos de ropa, y veremos que los mosquitos infectados no pueden ser importados vivos en los equipajes que hayan estado cinco días en camino.» (THE PREVENTION OF YELLOW FEVER. Read at the twenty-ninth annual meeting of «The American Public Healt Association,» held in Buffalo, N. Y., September 16-21-1901.)

Con esta cita, tomada á los mismos autores de las conclusiones que analizo, se verá que en los casos de trasmisión de la enfermedad que antes he señalado, y en otros análogos, no es posible culpar á los mosquitos de haberlas producido y no queda otro factor que los mismos objetos contaminados, en cuyo caso no son tan inocentes como asegura la séptima conclusión. Si aceptamos que sólo el mosquito es el agente propagador en los casos que he citado, no se habrá importado ningún insecto infectado vivo, pues ya vemos que no es posible; pero sí pueden haberse infectado en esos efectos mancillados, los mosquitos de la localidad, y entonces ser ellos los que hayan trasmitido el mal. En ese caso, siempre serán peligrosos los objetos contaminados por el enfermo, si no para infectar al hombre sano directamente, sí por los mosquitos, que pueden tomar en ellos la infección y trasmitirla al hombre, por lo cual está justificada la desinfección que de dichos objetos se haga, y no será innecesaria, como establecieron terminantemente los autores. Pero esa infección por los mosquitos de la localidad, presenta una duda muy grande. La mayoría de los casos citados por los diversos autores, de infección de una localidad por la importación de objetos contaminados, se ha visto desarrollarse la enfermedad á los cuatro ó seis días de la llegada de esos objetos, y los Dres. Reed, Carroll y Agramonte, han establecido que el mosquito, después de infectado, necesita doce días ó más para estar en aptitud de trasmitir el germen infeccioso, por cuyo motivo no puede atribuirse á esos insectos la aparición de la epidemia, quedando sólo los objetos infectados por el enfermo como causa única y positiva de esas epidemias por importación.

Estas ligeras observaciones hice al conocer los trabajos de los Dres. Reed, Carrol y Agramonte, y el primero de estos señores me dijo que, en efecto, la prueba de producir un ataque de vómito fuera de su medio habitual por la picadura de un mosquito, en una localidad hasta hoy inmune, sería decisiva, y estaba dispuesto á intentarla.

Sin pretensiones de ningún género y sólo con el deseo de aclarar un punto tan importante en la marcha de una enfermedad que tanto nos preocupa por los innumerables perjuicios que ocasiona á una de las zonas más ricas del país, he hecho el presente trabajo, á fin de que personas más competentes que yo aclaren estas dudas ó confirmen mis objeciones y no se extravíe el estudio del vómito en una senda sin fundamento.

H. Veracruz, 12 de Diciembre de 1901.

DR. NARCISO DEL RÍO.

PERTURBACIONES GRAVES DE ORIGEN ALCOHOLICO

(CASO CLINICO INSTRUCTIVO)

Médicos: servid á la vida con la salud; dejad que la naturaleza sirva á la vida con la muerte.—Federico Rubio y Gali.

No es mi intento llamar la ilustrada atención de mis lectores con la descripción de un caso clínico curioso por lo raro ó raro por lo anómalo; al darlo á luz mi deseo quedará cumplido si logro poner de manifiesto un punto importante de educación profesional: no desmayar en el tratamiento de un enfermo hasta su último suspiro, por desmedradas que sean las condiciones en que se encuentre y por más que todas nuestras deducciones lógicas converjan á un pronóstico fatal. Esto equivaldría á creernos en posesión de todos los secretos de la naturaleza y es altamente inmoral apoyar los actos de nuestra conducta en una idea errónea, sobre todo cuando estos actos tienden á la conservación de un ser humano. Creo que alguna vez haya caso en que se cumpla un pronóstico fatal por el asesino abandono en que nuestra pretensión de profetas coloque al desdichado paciente y no por los naturales progresos del mal. Arrojad una mirada retrospectiva á vuestra vida de científicos y os convenceréis de esta verdad axiomática: si la naturaleza sorprende sobre todo al que menos sabe, el más sabio de los hombres está sujeto á idénticas sorpresas.

Joven y lleno de ilusiones, acabado de salir del majestuoso claustro donde tuvo lugar la gestación de mi ser profesional, entré á la práctica poco amparado, en verdad, por mis escasos conocimientos, pero sostenido y alentado por la esperanza que nunca me abandona y no pasó mucho tiempo cuando me vi llamado á la cabecera de un enfermo, alrededor de cuya suerte sentí gravitar mi reputación futura. Era éste un joven de 26 años de edad, acomodado y que durante mucho tiempo derrochó su vida en la ociosidad y envejeció su buena organización en las cantinas; en la niñez y primera juventud estuvo en un buen colegio, pero la ilustración adquirida no sirvió para templar el influjo de las pasiones que lograron sobreponerse á una muy regular inteligencia. Escéptico y violento por naturaleza, no supo encontrar el buen lado del vivir y desoyendo los sanos consejos de sus prójimos así como las dolorosas protestas de su asendereado organismo no pudo apartarse del verdadero círculo vicioso en que se vió sumido. Y para que nada faltara á este cuadro de oscuros presagios, contábanse algunas perturbaciones psíquicas en la historia de su familia.

Al hacerme cargo de su tratamiento por vez primera, me lo encontré afectado de una gastro-hepatitis de origen alcohólico y perturbadas profundamente por lo mismo las funciones digestivas: sequedad y sabor amargo en la boca, disgusto por los alimentos, sensación de malestar indecible en el epigastrio y trastorno general, que sólo eran calmados por vómitos excesivamente biliosos, estreñimiento, insomnios persistentes y un mal humor y fastidio contumaz eran los principales lineamientos de las alteraciones funcionales. Los vómitos, particularmente, ocupaban un lugar preponderante entre todos los síntomas, se presentaban á la menor ocasión y muchas veces sin causa aparente, la menor partícula de alimentos ingerida los provocaba al instante, un

sorbo de agua pura ó con sales de Vichy era inmediatamente expulsado y siempre se precedía y acompañaba de las sensaciones más incómodas. No obstante esto, el acto de vomitar se ejecutaba con facilidad sorprendente, y entonces supe que el paciente había hecho una costumbre el provocarse el vómito de larga fecha atrás, ya como medio profiláctico de los efectos del alcohol ó ya como curativo de las molestias que el abuso de tales bebidas le producía diariamente; y conste que fué un maestro para llegar á dominar el centro bulbar de este acto fisiológico, al grado de hacerlo funcionar cómo y cuando quería, ayudado ó no de la más leve excitación del velo del paladar. Esta costumbre se había transformado en ley y contra esta ley, agente principalísimo de rápida destrucción, tenía que luchar.

A la exploración se me reveló como un individuo de talla mediana, regularmente constituído, fisonomía de rasgos acentuados, tórax amplio; enflaquecido considerablemente, su piel de color terroso estaba seca y pulverulenta, sobre todo en las extremidades; sistema piloso desnutrido, habiendo perdido el brillo y elasticidad su cabellera. Ojos con el ligero pterigión clásico. Dentadura gastada y sarrosa; lengua saburral y cubierta en su parte media, longitudinalmente hasta cerca de la punta, por una faja de color café y aspecto de lama. Vientre deprimido. En el resto del cuerpo nada noté de particular.

La palpación despertaba dolor en la región gastro-hepática, dolor leve y acompañado de malestar general. El hígado desbordaba las falsas costillas, tres traveses de dedo y su borde liso y romo podía seguirse con facilidad. La percusión vino á comprobar el crecimiento del órgano, enseñando además, que el límite superior conservaba su forma y altura normales y que el inferior había descendido sobre todo en el lóbulo izquierdo.

El bazo ligeramente aumentado de volumen é indolente; los intestinos vacíos y las evacuaciones albinas muy escasas en cantidad y raras en número, una cada dos ó tres días, descoloridas y pastosas. Falta de ascitis y de desarrollo de las venas subcutáneas del abdomen. Orinas normales; las de la mañana dejaban al asentarse un pequeño depósito de uratos; no existían pigmentos biliares, la secreción hepática en su totalidad parece que tenía por exclusivo objeto ser arrojada por vómitos y no pasaba una hora sin que el enfermo procurara expulsar los líquidos acumulados en el estómago.

Con hacer notar que las temperaturas de la axila variaban de 36°6 en las mañanas á 37°8 y 38° en las tardes, acabaré de señalar los trastornos del paciente; pues las restantes funciones: circulación, respiración é inervación, excepto lo ya señalado, se ejecutaban correctamente. Las arterias poseían su elasticidad normal y sólo las temporales me parecieron más flexuosas de lo que ordinariamente se ven.

Había, por último, una modificación de carácter ó mejor dicho; una exageración del fondo de su carácter normal, que merece citarse, porque estaba destinada á influir poderosamente en las condiciones de vida y tratamiento á que debía quedar sujeto. Era esta una desmoralización completa, un excepticismo al último grado y semejante fuerza, análoga á la de inercia, gobernaba todos los actos de su conducta é imprimía su sello á todas las elaboraciones de la mente. Falto de voluntad y energía para llevar á cabo un acto que requiriese un pequeño esfuerzo continuado, pesimista en todas sus deducciones, inactivo y fastidiado constantemente, ni en la conversación, ni en la lectura de sus libros antes favoritos encontraba motivo de satisfacción ó placer; pasaba las horas casi mudo y los músculos zigomáticos y elevadores del ala de

la nariz con su perpetua contracción daban á su fisonomía una expresión de constante desagrado, burlesco é irónico cuando se le hacía oir alguna frase de esperanza ó de consuelo.

En tales condiciones dicté el método y plan de tratamiento que debía seguirse, exigiendo antes del enfermo y de los que lo rodeaban la promesa de sujetarse á él estrictamente so pena de prontas y dolorosas decepciones. Ante todo, lo más indispensable era la abstención de bebidas alcohólicas y alimentos irritantes, insistiendo sobre estos dos puntos como los capitales para un resultado benéfico; la higiene tenía el primer lugar: baños tibios y fricciones después del baño en la noche, con el triple objeto de favorecer las funciones de la piel, la nutrición general por el estímulo del sistema nervioso y el sueño. Como terapéutica: revulsivos en la región hepática, yoduro de potasio en pequeños enemas y píldoras de extractos de opio y nuez vómica al interior. Contra los vómitos usé diversas preparaciones con fortuna varia; poción de Rivière, hielo *intus et extra*, soluciones de cocaina, de tintura de yodo, etc., y debo mencionar, como agente que en esta difícil tarea fué uno de los más fieles en sus resultados, la *hiosciamina*, que unida á la estricnina y al bromhidrato de morfina, forma la base de los gránulos antináusicos de Chanteaud.

Si la administración de los medicamentos se ejecutaba con toda exactitud porque el enfermo esperaba encontrar la salud en sus virtudes desconocidas para él, no sucedía lo mismo con el régimen y las prohibiciones impuestas, de donde esperaba yo habría de venir el alivio. Se consiguió que ostensiblemente abandonara las bebidas alcohólicas; pero me consta por las confesiones de los sirvientes y mis observaciones personales, que lo hacía ocultamente aunque en cantidades pequeñas. La alimentación tampoco pudo sujetarse á método, y en vista de las *preferencias del estómago*, electividades que es necesario tomar en seria consideración para el tratamiento de toda dispepsia, hubo que recurrir á manjares que, por sus componentes, cuadran poco con nuestro deseo de suprimir toda causa de irritación al tratar una mucosa enferma.

No obstante estas irregularidades, al cabo de quince días había mejorado bastante el estado del paciente y á los veinte pude dejarlo en vías de una curación forzosamente lenta, insistiendo en la absoluta necesidad de un apego estricto á las prescripciones higiénicas y al uso de las gotas yoduradas, como los únicos caminos para reconstruir un organismo gastado y, con ésta, la tercera vez que sufría idénticos trastornos en los dos últimos años.

Salí para la población donde había fijado mi residencia y no pasaban todavía dos semanas cuando recibí un telegrama en que se me llamaba violentamente. Al llegar encontréme con una situación verdaderamente lastimosa.

El caprichoso joven se declaró curado y libre de toda obligación tan pronto como lo dejé y continuó con más ardor que nunca la serie de sus desórdenes en las comidas, pretextando á las juiciosas observaciones de su familia que al cabo se haría vomitar si sentía molestia. Y siguió tomando licores.

A los pocos días se llegó al resultado forzoso; los vómitos volvieron más fuertes que nunca y tenía cuatro días á mi llegada durante los cuales no pudo contener alimento ni bebida alguna. Entonces puse en práctica cuanto medio he visto recomendado para calmar los vómitos incoercibles y vi fracasar una por una de mis tentativas: anestesia del punto de partida del reflejo por la cocaina y el hielo; modificaciones de la sensibilidad gástrica por la solución yodo-yodurada de potasio; inhibidores reflejos del bulbo como pulverizaciones de éter y cloruro de etilo en la columna vertebral; revulsivos en

las regiones del epigastrio é hipocondrio derecho; inhibidores directos como la hiosciamina, el bromhidrato de morfina, la belladona, etc., y ninguno, ninguno de tan variados medios, produjo el resultado apetecido. Entretanto el enfermo se desnutría y la muerte por inanición no estaba lejos.

En tan desesperadas condiciones se me ocurrió suprimir completamente la administración de alimentos, bebidas y medicinas por la boca y condenar á los órganos enfermos á un reposo absoluto, para que en la quietud del misterioso laboratorio orgánico se gastara toda energía en la reproducción de las celdillas para que nuevas y sanas vinieran á ocupar el lugar de las enfermas. Oponiéndose á esta consoladora esperanza había la ley de herencia que tan fatalmente se cumple en los organismos unicelulares como en los más perfectos seres, ley que tiende á perpetuar en los sucesores los caracteres adquiridos por los padres; pero esto mismo necesita determinadas condiciones para cumplirse, y las variaciones morfológicas y dinámicas alcanzadas en determinado medio, no pueden subsistir si no subsisten idénticos ó análogos factores. Una especie trasplantada de su lugar de origen, sujeta á nuevas influencias de clima, alimentación, contacto con otros seres; conjunto de circunstancias que para abreviar el lenguaje científico ha recibido el nombre de *medio*, acaba por poseer una serie de modificaciones que la vuelven apta para seguir viviendo en su nuevo centro y transmitir á sus descendientes las ventajas conquistadas, debiéndose á este poder reaccional de los organismos la conservación de la facultad que les permite extenderse perennemente en el tiempo y en el espacio. Esta especie así cambiada, vuelta de nuevo á su primitiva colocación en el universo, pierde poco á poco por atrofia, en la serie de las generaciones, los caracteres de tránsito y recobra sus antiguas facultades.

La celdilla es un organismo y por lo mismo goza de las propiedades anexas á él, cualquiera que sea el rango morfológico en que esté colocada; ¿por qué pues, no esperar que las celdillas del revestimiento mucoso del estómago del enfermo volvieran á presentar las cualidades que años atrás, una vez cambiado el medio morboso en que vivían, suprimido el alcohol, causa de irritación contra la cual lucharon mucho tiempo hasta adoptar su ser á tan desastrosas condiciones biológicas? La hipótesis era seductora y me decidí á fundar en ella mi conducta ya que estaba en la imposibilidad lógica de poner en planta cosa mejor. Lo importante era determinar si el paciente soportaría tan larga falta de alimentos por la vía bucal, como era menester para permitir el *renacimiento* de su estómago como órgano, es decir, como centro digestivo; pero esto me lo debía demostrar la secuela de los acontecimientos, y sobre todo, me veía obligado á jugar la última partida frente á la rebeldía de aquellos fenómenos. Concretándome á una ilusoria alimentación por la boca, vería indudablemente más pronto aproximarse y llegar el desenlace fatal.

En la parte aplicativa del programa, el punto por resolver no era menos importante, pues los líquidos administrados debían estar digeridos y ser colocados en un punto donde su absorción fuera segura y total. Para lo primero tenía á mi alcance los fermentos digestivos más importantes (pepsina y pancreatina), así como materia prima de relativa fácil transformación: leche y yemas de huevo, contando con caldos bien preparados y casi sin grasa para abastecer á la economía de sales minerales y sobre todo de cloruro de sodio. Para lo segundo, tenía poca confianza en la ámpula rectal que, por su vecindad á la puerta de salida y sensibilidad específica, determinaría pronto la in-

tolerancia como enérgica protesta contra la servidumbre impuesta, mientras que en cambio la S iliaca por su lejanía del ano y su disposición y forma anatómicas, era más apropiada para contener los líquidos por mayor tiempo, extender la superficie de absorción, y por ende ser más durables y mejores los servicios que podía prestar. La convertí, pues, en una especie de estómago y á ella hacía llegar los alimentos, por medio de una sonda rectal suave y pulida, tres veces al día. Después podía darme cuenta por la palpación del lugar ocupado por ellos, y gracias á lo adelgazado de las paredes del vientre casi puedo afirmar que con bastante exactitud estaba al tanto de las cantidades absorbidas. La ración diaria se componía de 500 gramos de leche, cuatro yemas de huevo y 200 gramos de caldo con las cantidades apropiadas de fermentos que la experiencia me fué enseñando. Al mismo tiempo utilizaba los enemas alimenticios como vehículo de las substancias medicamentosas apropiadas para favorecer la nutrición general y la particular de los órganos enfermos, siendo lo principal el yoduro de potasio á dosis progresivamente creciente hasta llegar á dos gramos diarios, y el arseniato de estricnina á la dosis de cinco miligramos, tres veces en las veinticuatro horas. A veces, cuando la sobreexcitación cerebro-bulbar era muy intensa, acudía á la hiosciamina, los bromuros, el trional, en la misma forma y según el efecto por obtener: diminución de los reflejos, sueño, etc., y generalmente con éxito.

No tardé en ver producirse un cambio favorable, pero muy mezquino aún: A la semana de haber establecido semejante régimen, los vómitos se habían reducido de frecuencia, las molestias desaparecieron y se encontró tan bien que rehusó terminantemente toda tentativa de alimentación por la boca, porque dos veces que hicimos la experiencia volvieron á presentarse los anteriores sufrimientos. Pasó otra semana é insistí sobre la imprescindible necesidad de hacer nuevas tentativas con los alimentos más sencillos: leche, *Mellin's food*, Fosfatina, y después de algún trabajo logré que tomara unas cucharadas de atole de maíz, frío, pues no quiso otra cosa. Pero aun no estaba el estómago bien, y al cabo de poco tiempo se presentó la temible basca acompañada de su habitual cortejo de trastornos, y el paciente despechado nos echaba en cara nuestra insistencia como un duro reproche.

Decidí pues, esperar una ocasión favorable convencido de que el ánimo desempeñaba un gran papel en la producción de estos fenómenos, y continué con los enemas hasta completar veinticuatro días sin que el enfermo tomara absolutamente nada por la boca, lo cual me consta porque no me separaba de su cabecera ni de día ni de noche. No obstante mis esfuerzos por sostener los gastos de aquella economía tan perturbada, el continuo déficit llevó al grado máximo la demacración y no recuerdo haber visto en mi práctica hospitalaria otro caso en que semejantes estragos de la inanición fuesen compatibles con la vida. Todo tejido adiposo desapareció, hasta las bolas grasosas de Bichat, los ojos se hundieron profundamente en las cuencas de sus órbitas y el esqueleto marcaba todas sus salientes con admirable claridad; los músculos se redujeron á un grado inverosímil, y un día que hubo necesidad de poner una inyección hipodérmica para activar las funciones ya entorpecidas, la aguja tropezó con el fémur en la cara ántero-externa del muslo, antes de penetrar un centímetro y no obstante conducirla oblicuamente cuidando de evitar este tropiezo. Se podían contar á la simple vista los apófisis espinosos de las vértebras desde la tercera cervical á la última sacra y los arcos costales sólo desaparecían al llegar á las canaladuras en el trayecto de ocho centímetros; los

espacios intercostales muy marcados, tenían un matiz azulado que exageraba su hundimiento; el vientre tenía la forma de una excavación dividida en dos por la saliente de la columna vertebral hacia adelante, y poniendo encima la mano, sin oprimir, podía seguirse el rosario formado por los cuerpos vertebrales y la saliente de los discos; los huesos ilíacos podían estudiarse como en las preparaciones anatómicas y dibujar su contorno á la simple vista; el perineo, transformado en infundibulum, tenía por contorno tres salientes: los isquion y el coxis, separados por escotaduras profundas. . . . Mas, ¿á qué seguir? Basta con lo señalado para darse idea completa del aspecto de aquella momia viviente. Dato importante: dos meses antes de caer en cama, el paciente pesaba 63 kilogramos y llegó á bajar el peso á 39 kilogramos, es decir, una diminución del 39 POR CIENTO, pérdida que los psiólogos no juzgan compatible con el sostenimiento de la vida.

El hígado ha sufrido un cambio notable para esta época, su volumen se reduce al normal y el lóbulo izquierdo sigue decreciendo aún; en el estómago nada anómalo se nota y la saburra de las primeras vías digestivas desaparece; los vómitos no vuelven á presentarse y mientras se lucha con las ideas del paciente para hacerle aceptar la alimentación por la boca, se desarrollan fenómenos de otro orden que llenaron de consternación á la familia.

Poco á poco fué sustituído el vómito con el hipo que en estos casos se considera generalmente como del peor augurio; hipo tenaz que sólo deja algunos momentos de reposo y hora tras hora fatiga al enfermo y desespera á los circunstantes; que no cede con ningún medio y por espacio de una semana contribuyó al mayor agotamiento del paciente. Aun en los momentos de letargo y postración en que caía, después de varias horas de sufrimiento, se podía notar un ligero levantamiento intermitente del epigastrio producido por la contracción espasmódica del diafragma. A veces se sucedían con tanta rapidez unas contracciones á otras, que apenas había lugar para la renovación del aire en los pulmones, hasta que una asfixia bien acentuada ponía fin al acceso, anestesiando el bulbo, por el ácido carbónico contenido en grandes cantidades en la sangre. Con una medicación enérgica apropiada lograba calmar este fenómeno, pero sólo duraba la calma lo que el tiempo necesario á las substancias medicinales para eliminarse y mientras no cesara irritabilidad tan excesiva, era lógico desesperar de la curación.

A los cinco días de haber empezado el hipo apareció el delirio de la inanición y el alcoholismo, y casi al mismo tiempo (40 horas después) se declaró la intolerancia del intestino grueso para las lavativas alimenticias á causa de una rectitis simple, muy dolorosa, que perjudicó también las funciones de la micción y defecación; estos momentos eran señalados por contorsiones, gestos de dolor y exclamaciones de angustia del desdichado enfermo.

En cambio, la locura mejor que nada, inhibió, por decirlo así, la sobreexcitada sensibilidad bulbar, y al verme precisado á recurrir á la boca para la introducción de los alimentos, noté con alguna satisfacción en medio de semejante desconcierto, que la leche era soportada en pequeñas cantidades. Y con esto se fortaleció mi esperanza, pues ya desde entonces abandoné las lavativas y recurrí á pequeñas raciones de leche con unas gotas de cognac, espaciadas cada tres horas, y cuya cantidad progresivamente fuí aumentando en los días que siguieron hasta hacerlo tomar un litro de leche y algunas cucharadas de jugo ó caldo en las 24 horas. No tardé en suprimir el cognac, que era el punto objetivo y ya desde entonces la alimentación quedó asegurada; el enfermo

soportaba lo ingerido sin vomitar y la digestión se efectuaba sin trastorno sensible. Sólo en algunos periodos de su delirio, ya al final, rehusó tomar alimentos porque los creía envenenados; pero con algún trabajo y súplicas del padre, á quien por fortuna no desconoció, se vencía la dificultad que otras veces allanábamos esperando que pasaran aquellos momentos de frenesí.

La perturbación psíquica se inició por una completa amnesia de los hechos recientes, y á cada rato nos preguntaba qué había sucedido allí y qué pasaba, sin desconocer á las personas. Al día siguiente empezó á ver sucederse acontecimientos en los que tomaban parte personas conocidas, y mientras á unas elogiaba á otras increpaba duramente; reprochando á los presentes el haberle ocultado aquello que sabía ya, porque quería vengarse, matar, anonadar. Poco á poco se fueron sustituyendo á las personas conocidas y á los hechos posibles, visiones extrañas que desempeñaban su papel en escenarios estrambóticos; geografía, historia, leyes naturales, en revuelto maremágnum y arregladas por irracional capricho, daban motivo á una locuacidad intensa y la personalidad del enfermo se multiplicaba y transformaba á maravilla, notándose como carácter sobresaliente del delirio su intensidad, intensidad que sólo en momentos era sustituída por agotamiento completo, durante el cual hasta las funciones vegetativas parecían reposar; la respiración se percibía apenas, los latidos del corazón se retardaban y los ruidos disminuían de intensidad, el pulso se volvía depresible y la mirada opaca. En dos ocasiones y después de un examen bastante largo, creí que el último momento estaba próximo; dejé de percibir la respiración, las ventanas de la nariz se cubrieron de un polvo fino, la córnea empañada por una tela opaca y el reflejo palpebral había desaparecido; el pulso lo encontré en el pliegue del codo, muy lento y débil, y aplicando el oído en la región precordial me parecía, anhelante, que era el ruido de mis propias arterias el que escuchaba; pero al fin me convencí de que el corazón estába vivo, por decirlo así. Los presentes, para quienes estas observaciones pasaban desapercibidas, diéronlo por muerto y empezó el duelo, tomándose ya por algunas personas medidas conducentes para la velación y el entierro. ¡A tanto dió lugar su duración! En estas dos ocasiones usé como reactivo vital, con éxito, las inyecciones de cafeina y estricnina sin que el enfermo manifestara dolor por su aplicación, y me aprovechaba del momento en que la reacción se producía para haberlo tomar alimentos.

Continuó esta vida mezquina por largo tiempo; toda la actividad parecía concentrarse en las manifestaciones delirantes y, como físicamente no se notaba aprovechamiento alguno, era como si la totalidad de alimentos ingeridos se empleara transformándose en ideas morbosas.

El delirio en su principio no tomó ninguna forma precisa, y durante los primeros treinta días, sólo se estacionaba en el mismo tema veinticuatro horas á lo sumo; de persecución, místico, erótico, de grandezas, caprolalia, repetición de una sola palabra, sílaba ó grito, gestos inarticulados, fueron las variedades que ocuparon estos días penosos y se sucedieron repitiéndose al cabo de intervalos más ó menos largos. La acción correspondía generalmente á la idea y casi siempre era amenazante ó de defensa; otras veces las ideas eran místicas ó eróticas, y sin embargo, la actitud correspondía á la de persecución.

Una cosa observé en este tiempo que me hizo concebir las más halagadoras esperanzas, y fué la rápida cicatrización de un absceso formado en el lugar de una inyección hipodérmica; á los dos días de haberle dado salida al pus,

curación diaria, cicatrizó una cavidad que había contenido como cien gramos de supuración, lo cual demostraba que había suficientes materiales plásticos para las reparaciones orgánicas, en la sangre y linfa del enfermo.

El delirio cambió de forma lentamente, y se fué precisando y circunscribiendo á la sola persecución y así duró hasta el fin de la enfermedad, tres meses después, siguiendo en todo una marcha decreciente con alternativas, semejantes á la terminación por *lisis* de las enfermedades piréticas, y al fin quedó reducido á la monomanía del suicidio que por algunas semanas más fué la constante alarma de la familia, pues notábamos que á medida que las luces de la inteligencia eran más claras, una ordenación mejor y una conducta más astuta presidían á las tentativas de suicidio. Por fortuna se le pudo evitar todo medio de dañarse ó perjudicar á los vigilantes, y entretanto recobrando el cerebro por la nutrición sus pérdidas y sus facultades, llegó al estado de equilibrio que tenía antes del mal y tuvimos la satisfacción de ver desaparecer por fin, esta fatal tendencia.

El tratamiento que puse en práctica estos últimos meses y cuya benéfica influencia pude apreciar, consistió en favorecer la nutrición general y la particular del cerebro. Escogí una alimentación abundante, metodizada y de fácil digestión en la que la leche ocupaba el primer lugar; recurría, cuando el caso lo indicaba, á laxantes suaves (sedlitz granulado) para mantener activa la circulación de las materias alimenticias, y á veces á la podofilina y el áloes, para determinar una derivación intestinal. No dejé de administrar un gramo diario de yoduro de potasio en solución, cuyas propiedades me fueron muy útiles, y seis miligramos de estricnina en el mismo vehículo, y por último, usé la Cerebrina y el elíxir Godineau, como los medios más apropiados para aumentar los elementos dinamogénicos de la celdilla nerviosa.

Van corridos cuatro meses desde que abandoné al paciente por considerar innecesarios mis servicios y hoy puedo afirmar que está curado, mejor aún que antes de enfermarse, pues algunas perturbaciones digestivas que padecía de años atrás se curaron, ha recobrado su vigor y gordura y el joven disoluto y vicioso se ha transformado en hombre activo, inteligente y sobrio, con inmenso beneplácito de sus parientes y amigos. ¿Será esta transformación perdurable y no simplemente una calma engañadora? El porvenir decidirá, [1] queda este punto por resolver; pero ya desde ahora es permitido afirmar que la educación y el sostenimiento inteligente de los nuevos hábitos adquiridos, por las personas de su afecto y que tienen grande influencia moral sobre él, son los factores cuyo producto concurrirá al mismo fin perseguido y laudable de su regeneración moral y física.

Unas cuantas palabras para concluir. La lectura de las páginas anteriores, basta por sí misma para traer el convencimiento de lo que me propuse hacer notar al escribirlas y ahorro comentarios que, mejor que yo, sabrán hacer los que me lean. Varias veces me ví tentado á abandonar el campo de lucha, desesperando del resultado y exponiendo claramente la situación, pero nunca lo permitió el sonrojo que sentía al considerar la huída mil veces peor que la derrota. Otras, fuí instado por personas de recto criterio para abandonar todo tratamiento doloroso, como las inyecciones, porque ya se consideraba imposible ningún provecho, y siempre opuse á sus razones el altísimo de-

1 Hoy, Enero de 1902, que me decido á publicar este caso, va corrido un año de observación y el resultado se mantiene.—O. V y L.

ber que obliga á la conciencia del médico á intentar cualquier recurso, por sensible que sea, con tal que ofrezca alguna probabilidad de ganar tiempo para que entren en acción fuerzas vitales, no previstas quizá, pero que por su funcionamiento natural determinen algún cambio favorable y de duración.

El éxito coronó mis esperanzas y esfuerzos. Y como éxitos de tamaña importancia dejan siempre huella profunda en el espíritu del hombre, hoy abrigo el convencimiento de que en muchas enfermedades jamás es permitido perder la esperanza sino con el último suspiro del paciente.

Torreón (Coah.)

CARLOS VIESCA Y LOBATÓN.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA.

EL SULFHIDRAL Y EL "SULFURO DE CALCIUM" DEL COMERCIO

Con una convicción que, si nuestra manera de estimar los hechos y deducir conclusiones es exacta, parece justificada más y más cada día, hemos defendido la benéfica influencia del tratamiento sulfurado en varias de las enfermedades infecciosas, pero con especialidad en la difteria.

Para obtener los mejores resultados es toda medicación, en lógico dirigirse á los productos que por su pureza, dosificación exacta y buena preparación presten mejores garantías, sin que el médico honrado pueda hacer intervenir en caso alguno, sus simpatías personales para conceder una inmotivada preferencia.

Usando con bastante frecuencia el sulfuro de calcium, por creerlo hasta el momento actual uno de los mejores antisépticos internos, hemos empleado los gránulos ó píldoras que se encuentran en nuestro mercado. Hemos ensayado los gránulos sueltos de fabricantes que no nos son conocidos y que se expenden por peso en nuestras droguerías, las píldoras de Upjohn, cuya preparación es en honor de la verdad muy esmerada *(Píldoras friables de Upjohn)*, y los gránulos de la Farmacia Ch. Chanteaud, de París, designados antes simplemente con el nombre de sulfuro de calcium, y ahora que se ha obtenido *químicamente puro*, con la denominación de *Sulfhidral.*

Preguntado el Dr. Robert Tissot, de cuyo trabajo nos ocupamos en el número último, del tomo IV, correspondiente á Diciembre próximo pasado, de qué producto se había servido en sus tratamientos contra la difteria, respondió al Sr. Dr. Toussaint, Director de «La Dosimetria,» que única y exclusivamente del SULFHIDRAL. Esto hizo que el distinguido químico de la Escuela de Farmacia de París, M. Houdas, emprendiese un estudio comparativo entre el monosulfuro de calcium del comercio y el obtenido en el laboratorio de Mr. Ch. Chanteaud para la preparación de sus gránulos de sulfhidral. Por la frecuencia de su indicación y su uso generalizado en el país, así como por un espíritu de justicia, publicamos en seguida el breve artículo del Sr. Prof. Houdas.



ANÁLISIS COMPARATIVAS.

1° DEL PRODUCTO DESIGNADO CON EL NOMBRE DE SULFHIDRAL Y PREPARADO POR CHARLES CHANTEAUD; Y 2° DE UNA MUESTRA DE SULFURO DE CALCIUM DEL COMERCIO.

Sulfhidral.—Polvo blanco, soluble apenas en el agua, y disolviéndose sin resíduo apreciable en ácido clorhídrico, diluído con abundante desprendimiento de hidrógeno sulfurado y ligeras huellas de ácido carbónico. La cal se evidencía por los reactivos comunes en la solución ácida. Hemos comprobado la ausencia absoluta de metales extraños.

El azufre transformable en hidrógeno sulfurado se ha transformado por medio de una solución de iodo (10 gramos por 1,000); la dosis de ensayo ha sido de 0.25 centig.

1° 0.25 centig. de *Sulfhidral* han absorbido 0.8536 de iodo, lo que corresponde á 0.242 de sulfuro de calcium puro y á 0.1142 de hidrógeno sulfurado, ó sea 96 gramos 80 centig. por 100 de Ca S dando 45 gramos 76 de ácido sulfhídrico.

2° 0.25 centig. de *Sulfhidral* han absorbido 0.855 milig. de iodo, correspondientes á 0.2425 de sulfuro de calcium, ó sea 93 gramos por 100 de Ca S., pudiendo producir 45 gramos 78 de hidrógeno sulfurado. El término medio de estas dosificaciones da un 96.90 por 100 como riqueza de *sulfhidral* ó sulfuro de calcium puro, susceptible de dar 45 gramos 77 de hidrógeno sulfurado.



Sulfuro de calcium comercial.—Polvo blanco un poco rojizo, apenas soluble en el agua é imperfectamente soluble en ácido clorhídrico, diluído con desprendimiento de hidrógeno sulfurado y de notable cantidad de ácido carbónico. El residuo insoluble constituye casi en su totalidad sulfato de cal.

Procedimos en seguida como anteriormente para la dosificación del sulfuro.

1° 0.25 centig. de sulfuro de calcium han absorbido 0.646 de iodo, correspondientes á 0.1832 de sulfuro de calcium, y á 0.086 de hidrógeno sulfurado; ó sea, 73 gramos, 30 centig. de Ca S. puro por 100, pudiendo dar 34 gramos 58 de hidrógeno sulfurado.

2° 0.25 centig. de sulfuro de calcium han consumido 0.6524 de iodo, equivalentes á 0.1850 de Ca S. y á 0.0873 de hidrógeno sulfurado, ó sea 74 por 100 de sulfuro de calcium puro, que puede producir 34 gramos 92 de hidrógeno sulfurado.

El término medio de estas dosificaciones da 73 gramos 65 centig. y como riqueza en sulfuro de calcium puro del producto analizado, y 34.75 por 100 la cantidad de ácido sulfhídrico que puede producir.

Resumiendo:

Sulfuro de calcium.	34 gr. 75	de hidrógeno sulfurado.
Sulfhidral	45 ,, 77	,, ,,

HOUDAS.

Si la teoría en que se apoya la aceptación del sulfuro de calcium como un antiséptico interno de gran valor, es exacta, como parece comprobarlo la clínica, es evidentísima la superioridad de los gránulos de *Sulfhidral*, pues la cantidad de hidrógeno sulfurado que producen es un 24 por 100 mayor que la que puede engendrar el mismo producto, que por lo común se encuentra en el comercio, ya *in natura*, ó ya granulado por otros fabricantes.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXVIII.

REVISTA
DE LA
PRENSA MEDICA EXTRANJERA

The Therapeutic Gazette.—(Diciembre 15 de 1901).—*El ácido fénico.—Su uso y su abuso.*—El Dr. George W. Sargent ha publicado con este título un artículo sugerido por el uso, mucho más generalizado que entre nosotros especialmente entre personas extrañas á la profesión médica, que del ácido fénico se hace en los Estados Unidos.

En efecto, esta substancia, que como otras muchas es susceptible de prestar tantos servicios y de causar tantos daños, en virtud de su reputación misma, ha conducido al abuso en manos de médicos y profanos, y de aquí que los accidentes á que ha dado lugar no sean nada raros.

Además, el hecho de ser el ácido en cuestión un tósigo de que echan mano los suicidas con frecuencia y el de producir un envenenamiento difícil de combatir con éxito, aumentan el interés de esta droga y justifican los estudios que acerca de ella se emprendan.

Según el autor del artículo, el Dr. S. D. Powell, de Nueva York, asegura que el alcohol es el mejor antídoto conocido del ácido fénico, y que éste, aplicado puro ó en solución muy concentrada en ciertos usos terapéuticos, y haciendo seguir su aplicación de la del alcohol, puede procurar servicios más grandes que los que hoy presta. El médico mencionado en último lugar ha demostrado que el ácido fénico puro ó en solución al 95 por 100 puede ser *impunemente* aplicado sobre la piel y aun puesto en la boca hasta que el color rojo de la mucosa se torne blanco, si la aplicación del ácido es seguida de otra de alcohol á 95 por 100. Creemos que este hecho es de gran importancia, porque permite hacer uso de un antiséptico poderoso al máximum de su potencia germicida sin dañar los tejidos como lo harían seguramente otras substancias. Se asegura, por otra parte, que el ácido puro es relativamente menos tóxico que las soluciones diluidas, si el primero se usa en aplicación breve y las segundas se dejan en contacto prolongado.

Como un ejemplo de la nueva forma que se da al empleo del fenol se cita entre los más eficaces el siguiente tratamiento de las úlceras de la pierna:

Avivar la superficie de la úlcera raspándola, aplicar ácido fénico al 95 por 100 hasta que la superficie se ponga blanca, aplicar alcohol al mismo grado de concentración hasta obtener el color de una superficie cubierta de yemas carnosas; cubrir la llaga con tiras angostas de tela adhesiva entrecruzadas, dejan-

do pequeños espacios sin cubrir para asegurar la canalización; cubrir con gaza y poner un vendaje.

Los abscesos simples y tuberculosos han sido también tratados satisfactoriamente evacuándolos, limpiando la cavidad, la que se llena primeramente con ácido fénico puro y en seguida con alcohol, terminando con un lavado. Se dice que el proceso de reparación se hace con grandísima rapidez. La erisipela ha sido tratada por la aplicación sucesiva del fenol puro y del alcohol. Se asegura que el tratamiento es doloroso, pero muy eficaz.

Hasta hoy el tratamiento del envenenamiento por el ácido fénico no ha sido de los más alentadores; se han usado con relativo éxito los álcalis, el sulfato de magnesia, el sulfato de sosa y el sacarato de cal en exceso, asociados con los estimulantes cardiacos, particularmente la estricnina y la cafeina. Se ha hecho uso también de los aceites que parecen retardar la absorción del tósigo.

Ultimamente, desde que se há hecho manifiesto el antagonismo entre el fenol y el alcohol, se han referido algunos casos de envenenamiento por la primera de dichas substancias, combatidos ventajosamente por la segunda, aunque no se sabe á punto fijo cómo obra el alcohol para contrarrestar los efectos del ácido. Se recomienda practicar el lavado del estómago con alcohol é inyectarlo por la vía hipodérmica.

A. NAVA.

Hipertermia extraordinaria.—En «La Independencia Médica» de Barcelona hemos leído la historia clínica de un caso, relatado ante la Real Academia de Medicina de Madrid por el Sr. Dr. González Alvarez, digno en efecto de llamar la atención.

Trátase de un jovencito de 12 años atacado sin duda alguna de un paludismo bien clásico, pero que como fenómeno curioso presentó unas temperaturas que muy rara vez por fortuna nos es dable observar en los estados febriles.

El 29 de Abril al medio día, calosfrío; en seguida calentura de 38°5. Prescripción: un purgante.

Días 30 de Abril y 1º y 2 de Mayo, apirexia.

El 3 de Mayo nuevo calosfrío y calentura de 40°.

Diagnóstico: *fiebre cuartana*. Prescripción: quinina.

Días 4, 5 y 6, sin novedad.

El 7 á medio día también, calosfrío y en seguida calentura que asciende á 43°5.

El 11 cuarto acceso; ligero calosfrío; la temperatura alcanza despuès á 44°5 y baja á la normal á las 3 y media p. m. Envíase el niño fuera de la capital.

Los días 15, 19 y 22 en que el acceso debía presentarse, no aparece y el mismo 22 regresa á Madrid.

El día siguiente, 23, nuevo acceso; la temperatura alcanza á 45°. Termina á poco, descendiendo á 37°, á la 1 y 45 p. m.; pero vuelve á elevarse: á las 2 y 10 tiene 40° y á las 2 y 50 hace llegar la columna de mercurio á su máximum *46°5!* . . . . A las 3 y 20 está ya en 42°,6 y á las 4 en 37°. Es de advertir que para comprobar estas temperaturas se emplean 4 termómetros diferentes perfectamente comprobados, dos ingleses y dos franceses.

El pulso no pasó de 108, no hubo delirio ni fenómenos cerebrales y coma; no se comprobó ningún cambio en la orina, ni existió infarto en el bazo, ni anemia. Pasados los accesos el apetito era bueno así como su estado general.

El niño curó con el cambio de agua.

Sangre durante la hipertermia: todos los géneros de *plasmodias* en diferentes períodos de su evolución, dominando el período de segmentación.

Sangre durante la apirexia: entre los glóbulos rojos plasmodias ovales ó en forma de bizcocho, festonadas ó divididas en su centro; veíanse en forma semilunar y alguna con flagelum, dominando las que estaban en estado de gran división de sus granulaciones.

Este caso de paludismo es verdaderamente curioso y se presta á reflexiones de gran interés.

Amenorrea espasmódica y su tratamiento alcaloidométrico.—En el último número de «La Dosimétrie,»—Nouvelle Revue de Médecine et de Thérapeutique,—encontramos un caso clínico digno de atención por la frecuencia con que presenciamos casos análogos y en que se demuestra la acción poderosa de un tratamiento alcaloídico activo tras un diagnóstico que repose sobre la fisiología patogénica. ¡Cuántas veces, como en la presente, corregida la perturbación dinámica logramos ver que desaparecen los fenómenos alarmantes y el equilibrio orgánico se restablece!

Tratábase de una joven de 20 años, menstruada desde los 15 regularmente hasta el año pasado. Hace unos 10 meses surge la irregularidad de esta función á consecuencia de emociones diversas, cesando por lo común 3 meses y reapareciendo en seguida. Cuando el Dr. Pompéani es solicitado, el período faltaba hacía 4 meses. Había anorexia, constipación, erupción de acné, caída del cabello, palpitaciones, dispnea, exagerada emotividad y una astenia física é intelectual que se despertaba al menor obstáculo y al menor esfuerzo.

El tratamiento había sido sintomático; y un ginecólogo, no encontrando lesión alguna en los órganos genitales, habíase limitado á aconsejar la buena higiene para combatir la anemia. El apiol que se le había prescrito por algún otro, no había tenido éxito, congestionando útero y anexos y agravando el mal.

«Mi diagnóstico fué el siguiente: *Amenorrea espasmódica en una neurasténica,*» dice el autor del artículo, «y las diferentes manifestaciones (anorexia, acné, constipación, astenia, etc.) eran debidas, en mi concepto, únicamente á la retención de los desechos de la nutrición en la sangre y á su acción perturbadora sobre el sistema nervioso central y sobre la vida celular; las perturbaciones tróficas originando la caída de los cabellos, etc., eran las mismas que producían la astenia intelectual.»

El Dr. Pompéani pensó desde luego en un *espasmo del esfincter del cuello del útero*, reteniéndose la sangre, como la orina, por insuficiencia de las contracciones de las fibras del cuerpo y espasmo de las fibras del cuello; recomendando no se olvide este mecanismo, explicable en un órgano dotado de fibras de acción contraria. Las indicaciones precisas eran pues:

1ª *Disminuir ó dominar el espasmo de las fibras del cuello;* y 2ª *Eliminar los elementos tóxicos.*

Para llenarlas recurrió con toda justificación á la *estricnina*, á la *hiosciamina* y á la *pilocarpina*.

Cuatro veces al día un gránulo de estricnina y uno de hiosciamina, juntos, cinco días antes de la época en que se presumía la aparición de las reglas. Cada semana, ó sea 4 veces al mes, cuatro gránulos juntos de pilocarpina cada 10 minutos á la hora de recogerse y hasta obtener la sialorrea y la transpiración, tomando en seguida un grog caliente, una infusión de borraja y procurando dormir.

La víspera de la aparición del período seis veces la estricnina y la hios-

ciamina; y si la sangre aparecía, cada 2 horas hasta que el escurrimiento se estableciese franca y correctamente.

Desde el primer mes se obtuvo el resultado. El período vino, aunque escaso, y desde el segundo mes se hizo regular.

Sublata causa tollitur effectus.—La curación fué completa en breve, y prontamente desaparecieron todos los síntomas y trastornos que acompañaban al desarreglo de la función.

La frecuencia, repetimos, con que se suceden en nuestra clientela estos casos, y el haber tenido nosotros mismos en varias ocasiones la oportunidad de ver los resultados admirables de la asociación de la estricnina y la hiosciamina, nos ha hecho referir un poco *in extenso* la observación del Dr. Pompéani.

DR. E. L. ABOGADO.

En el número 11 del tomo III de la «Revue Mensuelle de Gynécologie Obstétrique et Pædiatrie,» de Burdeos encontramos entre varios artículos de importancia, como todos los que publica esta Revista, uno del Dr. Fieux, Profesor adjunto de Obstetricia en la Facultad de Medicina de dicha ciudad, relativo á un caso de parto prematuro provocado y metódicamente acelerado, por causa de accidentes grávido-cardiacos, en una multípara en su 12° embarazo y sufriendo desde la edad de 14 años las consecuencias de una lesión orgánica del corazón. Por accidentes muy graves de astenia cardio-vascular, es violentamente conducida á la Maternidad, en donde se le encuentra sentada, en imposibilidad de acostarse, presa de una agitación y angustia extremas, por dispnea que llega por momentos á ortopnea y sin poder articular palabra; cianosis, extremidades frías edematosas; pulso incontable, apenas perceptible y corazón casi loco. Una congestión pulmonar indudable y un soplo pre-sistólico y sistólico en la punta. Las paredes del vientre muy infiltradas, impiden limitar bien el útero por la palpación; por la auscultación, con no poco trabajo se perciben ruidos cardiacos fetales en número de 90 á 95 por minuto. La orina contiene gran cantidad de albúmina.

En tan angustiada situación y considerando que la pérdida de minutos puede ocasionar la muerte de la madre, el Dr. Fieux procede á desocupar la matriz después de una sangría del brazo; para lo cual desecha el globo de Champetier por lento; las incisiones de Dührssen por peligrosas, no habiéndose iniciado el trabajo y estando en consecuencia el cuello sin principio de borramiento, y comienza por practicar la dilatación digital primero, y manual después, hasta que logra penetrar á la cavidad uterina; introduce entonces las cucharas del fórceps, toma la cabeza, que se encontraba muy alta, encima del estrecho superior, y consigue después de una tracción abatir la cabeza tomada por el fórceps y cubierta por el segmento inferior, puesto que la dilatación del cuello no es completa y sólo ha permitido el paso de la mano; pero con esta maniobra ha conseguido tener el cuello á su alcance y el feto bien asegurado. Si hace tracciones, hará un parto forzado con todas sus consecuencias, y para evitarlas y terminar rápidamente el trabajo, opta por dos incisiones laterales, que comprenden la porción vaginal del cuello, con lo que logra extraer la cabeza de un feto que nació en estado sincopal y que pesaba 1,670 gramos. No indica cuál fué la suerte del niño, que fué enviado al Hospital especial (Enfants assistés); la de la madre fué buena, pues que salió del Hospital bastante mejorada.

Esta observación se presta á reflexiones que sentimos no hacer por el espacio tan reducido de esta Revista; pero como el punto lo merece, nos proponemos en artículo especial tratar este asunto, y muy particularmente el de la provocación ya del aborto, ya del parto, en las enfermas del corazón, limitándonos por ahora á felicitar al Dr. Fieux por el éxito alcanzado en el caso que refiere en su bien escrita comunicación á la Sociedad de Ginecología, Obstétrica y Pediatría de Burdeos.

DR. J. DUQUE DE ESTRADA.

SECCION XXIX

La Escuela de Medicina.—*El nuevo Plan de Estudios.*—Se han señalado para el primer año las materias siguientes: Química Biológica, Farmacia galénica, Anatomía Descriptiva, Práctica de disección, Anatomía General é Histología teórico-práctica y ejercicios prácticos relativos á la Anatomía General y á la Histología.

Segundo año: Anatomía Topográfica, ejercicios prácticos de la misma, Fisiología, con demostraciones experimentales, Academias de Fisiología y Bacteriología (que comprenderá la Historia Natural de la materia y la Técnica de su demostración y de sus cultivos con la práctica de estos últimos). Clínica Propedéutica y Quirúrgica.

Tercer año: Procesos morbosos generales, Anatomía Patológica, que consistirá en el estudio de las piezas anatomo-patológicas, como si fueran ejemplares de Historia Natural, y en la práctica de las autopsias y preparaciones microscópicas, Clínica Propedéutica Médica y disecciones.

Cuarto año: Primer curso de Patología Médica, primero de Patología Quirúrgica, primero de Clínica interna, primero de externa, Anatomía Patológica (complemento del curso anterior), Bacteriología y ejercicios prácticos de Anatomía Topográfica.

Quinto año: Segundo curso de Patología médica, segundo de Patología quirúrgica, segundo de Clínica interna, segundo de externa, Terapéutica Médica, general y especial, Terapéutica quirúrgica general y especial, Obstetricia teórica, (tres clases á la semana, una de ellas con el maniquí), y Patología general. Los alumnos asistirán á la Clínica Terapéutica, á los ejercicios prácticos sobre el cadáver y á los de aplicación de vendajes y aparatos, como complemento del cursc de Terapéutica quirúrgica, tres veces á la semana.

Sexto año: Tercer curso de Clínica médica, tercero de Quirúrgica, Clínica de Obstetricia, Clínica Médica de Pediatría y Quirúrgica de Pediatría, Medicina Legal y Deontología, Higiene y Meteorología médica, Clínica de Ginecología, de Dermatología, de Oftalmología y de Psiquiatría.

Esta ley empezara á regir desde ahora, con excepción de los dos primeros años, que deberán sujetarse al plan antiguo hasta el siete de Enero de 1906, sin más diferencias que adicionarles la Farmacia galénica, en el primer año, y la Clínica Propedéutica en el segundo.

* * *

El Director de la Escuela ha quedado autorizado para distribuir los estudios de los alumnos que aún no hayan terminado, facilitándoselos en cuanto sea posible.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Hemos recibido una «Memoria premiada por la Academia del Cuerpo Médico Municipal de Barcelona,» del Dr. D. Manuel Segalá y Estalella, en que se estudian las condiciones que debe reunir una buena nodriza y la conveniencia de la reglamentación de la lactancia mercenaria. Es una preciosa monografía en que con erudición se tratan todas las cuestiones relativas á la nodriza y en que se aducen razones de peso para la reglamentación de la lactancia mercenaria. Este último punto, de gran importancia, no puede ser resuelto de la misma manera en los diferentes países, pues que hay necesidad de acomodarse, sobre todo, á las costumbres y usos tan diferentes en cada uno. Con relación al nuestro, nos proponemos decir algo relativo á cuestión tan seria, y entonces haremos resaltar los principales puntos del estudio del Dr. Segalá, que merece toda atención.

NECROLOGIA

ALBERT LEARY GIHON, M. D.

Philadelphia College of Medicine and Surgery, 1853.
Commodore of U. S. Navy (retired).

IN MEMORIAM.

El domingo 17 de Noviembre último, falleció en Nueva York el Dr. Albert L. Gihon, á consecuencia de una apoplejía cerebral. Aún cuando por la edad madura del finado no puede considerarse inesperado y prematuro el funesto acontecimiento, la incansable actividad, los hábitos regulares, el vigor y normalidad ordinarios de la salud del Dr. Gihon parecían excluir el temor de una disolución inminente y próxima.

Fué el cuarto Presidente de la Asociación Americana de Salubridad Pública, uno de sus miembros más prominentes, y á él se debe gran parte del prestigio que la docta Compañía goza en casi todo el nuevo continente. Creemos, por tanto, cumplir con un deber consignando aquí algunos datos biográficos, que traerán á la memoria las buenas cualidades que la profesión médica debe deplorar en la pérdida de esa distinguida personalidad.

El Dr. Albert L. Gihon, Director médico, en retiro, de la Marina de los Estados Unidos, nació en Filadelfia el 28 de Septiembre de 1833, y contaba por lo mismo 68 años de edad. Obtuvo su educación haciendo una carrera brillante en el Colegio de Medicina y Cirugía de su ciudad natal, y allí mismo se graduó el año de 1853. Tuvo desde temprano afición por los estudios de química y toxicología, así como por las manipulaciones de laboratorio, en el cual llegó á adquirir notable destreza. Esto hizo que se le designara para enseñar aquellas materias en su mismo colegio, y desempeñó dos años la cátedra que tanto halagaba sus inclinaciones. Demostró entonces una gran potencia de comunicación de los conocimientos, cualidad la más apreciable en el profesorado,

y sin la cual rara vez consigue su elevado objeto. En la enseñanza estuvo á la altura de los progresos de su época, y no respetó en las tradiciones del pasado sino aquello que, llevando en sí mismo condiciones seguras de estabilidad, es verdaderamente digno de conservarse. Jamás consintió que en los problemas científicos se buscase en la decisión de la autoridad una solución que debe dimanar de la experiencia, y adquirirse por operaciones intelectuales. Se consideraba personalmente interesado en el aprovechamiento de sus alumnos, y fué empeñoso en fortalecerlos, guiando todos sus pasos á través del dédalo tenebroso de los procedimientos necesarios para avanzar en el sendero de la ciencia.

La justicia invoca frecuentemente las luces del toxicologista en interés de la sociedad y para la averiguación de los delitos. Cuando en un caso dado surgen sospechas ó acusaciones de envenenamiento, los juicios, las evaluaciones del perito ya sobre puntos de hecho ó de diagnóstico, ya sobre la gravedad de las lesiones, son elementos decisivos para inspirar al tribunal la certidumbre de la existencia ó no existencia del hecho criminoso, y de la culpabilidad ó inocencia del acusado. El Dr. Gihon, al hacer á los principiantes una exposición fiel de la grave responsabilidad inherente á las funciones que desempeñarían algún día, los exhortaba con toda la perseverancia de su voluntad á no expresar en los informes una seguridad que no resultase claramente de las investigaciones, y á proceder en la aplicación de los preceptos del arte con ánimo sereno, libre de pasión y de preocupaciones rutinarias ó sistemáticas tan funestas á la virginidad de las inteligencias juveniles. El método, la excelente doctrina, la concisión y el estilo correcto y fácil de las lecciones dieron á conocer al Dr. Gihon como el médico de que habla Baglivi, benéfico por sus consejos, poderoso por su palabra, «*medicus sermone potens.*»

En 1855 tuvo que dejar las labores pacíficas del magisterio para ingresar al Ejército de la Marina como cirujano-ayudante. Comenzó desde luego una nueva vida, vida agitada, llena de fatigas, sobresaltos y peligros de todo género. Sujeto constantemente á la severidad de la disciplina militar, y envuelto á veces en el tumulto y las tragedias terribles de la guerra, cuyas sangrientas animosidades trastornan y destruyen hasta la razón natural de los hombres, su comportamiento fué modelo de asiduidad en el cumplimiento del deber, de bravura y de patriotismo. Cuando en Noviembre de 1855 se efectuó la toma de los fuertes *Barrier* en Cantón, el Dr. Gihon tomó parte en los combates á bordo de la corbeta de guerra «Portsmouth.» De allí pasó á diferentes buques, hasta 1860, año en que fué destinado al hospital naval de Brooklyn. Después asistió sobre el brik «Perry» á la reñida acción que concluyó con la captura del corsario confederado «Savanah.» Concurrió á bordo del «St. Louis» á la persecución de los corsarios «Georgia,» «Alabama» y «Florida.» En 1865 se le confió en calidad de oficial médico más antiguo, el servicio en «Portsmouth-yard.» Tuvo el Dr. Gihon la desgracia de naufragar con el «Idaho» cuando este buque fué destrozado por el terrible huracán del 21 de Septiembre de 1869, cerca de Nagasaki.

En medio de tales vicisitudes, ni lo abandonó la serenidad propia á los espíritus filosóficos, ni dejo de reservar algún tiempo á su gusto por el estudio; y como era versado en los ramos accesorios á su profesión y en las ciencias exactas, exhibió los tesoros de su inteligencia, tan cultivada por la meditación y por su vasta lectura; en diversos libros sobre medicina y sobre viajes, así como en opúsculos por cuyo número se ve que el Dr. Gihon era un autor

prolífico. Los preciosos consejos, las observaciones interesantes que abundan en sus composiciones literarias, desnudas de todo aparato extraño á la razón y á la experiencia, son expresadas con naturalidad y modestia, cualidades tan raras como la perla de la Escritura, y que se buscarían en vano en las elucubraciones presuntuosas y triviales de la vanidosa ignorancia. El Dr. Gihon pensaba como Broussais, que el médico no debe esquivar la controversia, ni permanecer inactivo esperando la luz de la verdad. En las discusiones no carecía de energía para combatir el error; pero nadie podrá señalar en sus escritos ni la malevolencia de la intención, ni la virulencia del lenguaje que, lejos de favorecer, son contraproducentes á la persuasión.

Era caballero de la Orden militar de Cristo, condecoración que por un acto solemne de justicia le concedió el Rey de Portugal en recompensa de servicios prestados en la colonia portuguesa de «Dilly,» en el «Príncipe Dom Carlos» y en el «Sa da Bandeira.» Fué nombrado cirujano en 1861, Inspector medico en 1872, y Director médico en 1899, habiendo servido últimamente en Washington, Mare Island y New York. En 1893 se le transladó á Washington, donde estuvo encargado del Cuartel General Médico. Al llegar á los 62 años de edad en 1895, obtuvo su retiro, y era entonces el médico más antiguo de la Marina.

El Dr. Gihon perteneció á algunas sociedades científicas que, como la Asociación Americana de Salubridad Pública, la Asociación Médica Americana, etc., recibieron impulso de su cooperación. Fué delegado en representación de la Marina á varios Congresos, y si bien no hablaba mucho en ellos, nunca dejaba de ser provechoso escucharlo. El fué quien dibujó el modelo de buque-hospital que se exhibió en la exposición centenaria de 1896, y también la hamaca de ambulancia, aprobada y usada hasta hoy en la Marina americana.

En la clientela particular supo oir pacientemente á ricos y pobres, circunstancia que, unida al mérito real de sus prescripciones, le valió que sin afán y sin esfuerzos se viera rodeado de grande estimación. Amigo leal, sincero, generoso, el Dr. Gihon era buscado en sociedad por la distinción de sus maneras, su conversación amena, su exquisita amabilidad. Hubiérase podido decir de él, como Voltaire del famoso Sylva:

«*Il sait l'art de guérir autant que l'art de plaire.*»

Zacatecas, Diciembre de 1901.

J. BREÑA.

SUMARIO.

TOMO V. MÉXICO, MARZO 1º DE 1902 NÚM. 3.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Duque de Estrada, Juan.—Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Mejia, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.
Dr. Tejeda, Carlos.—Profesor de Clínica Infantil de la E. N. de Med.
Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.
Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.
Prof. Manuel G. Aragon.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCION V.

SOCIEDAD MÉDICA DEL HOSPITAL DE CARIDAD.

LA TUBERCULOSIS Y SU TRATAMIENTO POR EL SULFURO DE ALILA

Trabajo leído por el socio Dr. Luis Flores Guerra en la sesión ordinaria del 4 de Enero de 1902.

Señores Consocios:

Entre las diversas enfermedades que agobian á la humanidad, la que causa mayor número de víctimas y que no respeta condiciones sociales de ningún género, produciendo cuadros difíciles de describir por la multiplicidad de sus formas y de su caprichosa evolución, es la TUBERCULOSIS generalizada con manifestación primitiva de los pulmones, ó en otros términos y acordes con las teorías modernas, la BACILOSIS originada por el bastoncillo de KOCH. En esta entidad morbosa, de patogenia y etiología perfectamente conocidas, se han ensayado diversos métodos curativos, médicos y quirúrgicos y no obstante los numerosos y variados tratamientos que se han llevado á cabo, con riguroso método por diversas eminencias médicas, aun no existe una medicación que en el rigor científico pudiéramos calificar de *específica*; de ahí, que todos los médicos de todos los países, más ó menos cultos, inteligentes, observadores, etc., etc., hayan visto con pena que sus enfermos perecen devorados por artera y horrorosa enfermedad y con la demostración palpitante de la impotencia del arte de curar.

En mi humilde concepto juzgo que todos los tratamientos indicados hasta la época presente no han dado resultado satisfactorio, porque en la evolución de la enfermedad mencionada influyen de una manera poderosa causas difíciles de suprimir, ya por las condiciones de vida que llevan los pacientes,

ya porque es difícil al médico en muchos casos, siquiera procurar el alivio á sus enfermos, en virtud de la ignorancia absoluta del papel que el médico representa en la sociedad.

Entre nosotros, que vivimos en un país que lucha por civilizar á la raza indígena, raza envilecida y degenerada por los vicios que la sana moral condena, como son la embriaguez y la prostitución, comprendemos de una manera evidente cuán difícil es combatir enfermedades de esta naturaleza; y no obstante que conocemos lo arduo de la empresa, no desmayamos y proseguimos buscando una medicación que á nuestro juicio combata á la tuberculosis, ya destruyendo los focos de infección, ya dando el vigor y la resistencia á nuestras individualidades histológicas que luchan heroicamente por su conservación.

De ahí, que haya procurado estudiar, observar escrupulosamente y fuera de la atmósfera de sugestión, el método de Séjournet de Reims, es decir, el empleo, por vía hipodérmica del *sulfuro de alila* (esencia de ajo).

He aquí á vuestra vista las observaciones que he hecho del método indicado; en verdad que son escasas, mas sabéis perfectamente que en la clientela civil es sumamente difícil llevar á cabo una observación atenta y rigurosa, en virtud de la poca constancia de los pacientes y de sus deudos que cambian constantemente de médico, cuando en pocos días no se alivia el enfermo.

Os presento diez y nueve casos de tuberculosis pulmonar tratados en el curso de seis meses con el sulfuro de alila y cuya clasificación es la siguiente:

Tres casos de granulia con anemia profunda, debilidad general, tos frecuente, seca y fiebre con intensidad suma (39°5 á 40°6, término medio) continua por espacio de tres ó cuatro meses antes de la aplicación del método de Séjournet, en individuos de 15 á 18 años. Uno bastante aliviado y dos curados hasta la época presente y entregados á sus trabajos ordinarios.

Doce casos de enfermos tuberculosos en el tercer período, con signos cavitarios bien marcados en uno ó en ambos pulmones; expectoración abundante; constancia microscópica del bastón de Koch, marcha tórpida, esencialmente crónica y con trastornos ligeros y frecuentes del aparato digestivo, anorexia rebelde, etc., etc. Nueve aliviados notablemente y tres muertos por pleuroneumonía gripal.

Cuatro casos en el tercer período de marcha francamente aguda, signos cavitarios bien marcados, fiebre alta y continua, expectoración abundante, rica en bacilos específicos, hemoptisis frecuentes, sudores profusos en la noche, debilidad suma, trastornos del aparato digestivo, etc., etc. Tres sumamente aliviados y uno muerto después de hemoptisis abundantes y repetidas en el espacio de *48 horas*.

En todos los casos mencionados se procuró atender á los pacientes únicamente por el tratamiento citado, advirtiendo que la fórmula que á continuación doy, es una modificación de la legítima de Séjournet.

Prep.: Aceite de olivo esterilizado á 120°, 100 gramos.—Sulfuro de alila y éter sulfúrico puro *aa,* 1 gramo.—Eucaliptol puro, 20 gramos. M. y filtr. R. *Inyecciones hipodérmicas.*

Las inyecciones se aplicaron ya entre la espina iliaca ántero-superior y el trocánter, en la piel del dorso ó en la cara póstero-externa de la pierna, previa asepsia y antisepsia de la región, de la jeringuilla y manos del operador.

El resultado fué el siguiente: diminución de la tos, descenso de la curva termométrica, supresión completa de la fiebre en muchos casos, diminución

de la expectoración y en varios casos desaparición de los bastoncillos de Koch en los esputos escrupulosamente preparados por los métodos de Zielh-Nelsen y el de Ehrlich; supresión de las hemoptisis y de las congestiones pulmonares más ó menos agudas; aumento del vigor y bienestar manifestado espontáneamente por los enfermos; aumento del apetito y del vigor para digerir los alimentos, aumento en el peso de los enfermos, diminución de la fosfaturia y aumento de la urea en las orinas frecuentemente analizadas; supresión del insomnio causado ya por debilidad cerebro-espinal como también por la tos seca y frecuente, etc., etc.

Accidentes locales no hubo, debido á la asepsia y antisepsia de la región y jeringuilla. Accidentes generales, nulos y las inyecciones las he aplicado de la siguiente manera: por espacio de cuatro días seguidos apliqué una jeringuilla que tiene 1 centímetro cúbico de capacidad, de la solución indicada, cuatro días de jeringa y media, cuatro días de dos jeringas; cuatro días de dos y media jeringas, cuatro días de tres jeringas. Período de descanso: ocho días. Repetición de las inyecciones, cuatro días de dos centímetros cúbicos, cuatro días de dos y medio centímetros cúbicos y de cuatro en cuatro días fué aumentando hasta llegar á inyectar cuatro centímetros cúbicos en una ó en dos inyecciones. Período de descanso: quince días si no hay fiebre; si hay fiebre ligera, descanso por ocho días y repetición de las inyecciones en el mismo orden. En algunos enfermos no tuve necesidad de ascender á cuatro jeringuillas porque la fiebre cedió pronto y el alivio se presentó luego.

Desde que el enfermo recibe 10 inyecciones comienza á experimentar el alivio franco y la eliminación del *sulfuro de alila* se efectúa por la superficie pulmonar. Cuando se inyectan 3 ó 4 centímetros cúbicos de la solución indicada el sabor aliáceo es tan marcado que suele repugnar al paciente, y para corregir este ligero inconveniente uso la siguiente prescripción. Prep.: Alcohol á 80°, 200 gramos.—Timol, mentol y ácico benzóico *cc*, 2 gramos.—Tintura de badiana, 40 gramos.—Carmín c. b., para dar un color hermoso.—M. S. A. R. *Uso indicado.*—«Una cucharada sopera mézclese con 500 gramos de agua hervida y tibia, para hacer lavado de la boca, antes y después de los alimentos y con especialidad en la noche al acostarse.»

He colocado á mis enfermos en las mejores condiciones higiénicas evitando los enfriamientos bruscos, he procurado que la alimentación sea nutritiva y sobria á la vez, para evitar en muchos casos los trastornos tan comunes del aparato digestivo que podrían interrumpir el tratamiento y hacer perder lo ganado por él.

Las fricciones con agua fría, con alcoholato de romero ó con agua de Colonia, las he usado para asear la piel y para estimularla; poco he usado los baños de regadera y de inmersión, temeroso de un enfriamiento; poco ó nada he usado de las bebidas espirituosas y me he limitado á permitir, cuando el enfermo lo solicita, el uso moderado de un buen vino ó de la cerveza. Supresión absoluta del tabaco y de las causas que debiliten el organismo, evitando de este modo que la enfermedad tome mayor incremento.

En resumen: El método de Séjournet no es un tratamiento específico de la tuberculosis pulmonar; pero sí es de los métodos modernos el más apropiado, porque goza de propiedades antitóxicas y vigoriza á los enfermos estimulando el apetito y activando las funciones digestivas.

Oaxaca, Enero de 1902.

DR. LUIS FLORES GUERRA.

SECCION VII.

LAS ENFERMEDADES CONVULSIVAS.

Conforme la ciencia avanza van sucesivamente desapareciendo errores que por largo tiempo fueron considerados casi como axiomas en la medicina. Así, no hace aún mucho tiempo que toda convulsión era tenida por una manifestación refleja, y diversas enfermedades tales como el tétanos, la tetania, la epilepsia, la histeria, etc., constituídas principalmente por convulsiones, se las creía debidas únicamente á la exageración del poder reflejo y en este sentido se establecía su tratamiento. Actualmente se puede ya decir, que de una manera general la convulsión es, ó una manifestación directa de algún padecimiento de los centros nerviosos (tumores, meningitis, etc.), ó bien es debida á la presencia en el organismo de una ó varias substancias convulsivantes, como pasa por ejemplo, con la estricnina. De estos dos grupos, siendo ya el primero universalmente reconocido sería inútil detenerse en su estudio; no así el segundo, pues es bien sabido que todavía en la actualidad, la inmensa mayoría de los médicos, tomando el efecto por la causa, establece constantemente la medicación antiespasmódica en casi todos estos padecimientos, aun cuando ni por su intensidad ni por su duración, estas convulsiones ofrezcan el menor peligro para el organismo; en lugar de instituir una medicación antitóxica ó eliminadora que sería lo verdaderamente racional en esos casos. Ciertamente eso no pasa con todas estas enfermedades, pues muchas de ellas son ya convenientemente atendidas, pero las demás siguen siendo consideradas como simples neurosis originadas por modificaciones en el poder reflejo.

Hoy nadie duda ya en atribuir las contracciones tetánicas y los calambres del cólera morbus á las toxinas tetánica y colérica respectivamente. Lo mismo pasa con las que se presentan en la tetanía gástrica desde que las investigaciones de Bouveret[1] demostraron que se deben á la absorción de una substancia convulsivante que se encuentra en el estómago de estos enfermos. Igual cosa pasa con otras tetanías, pues se sabe ya que la gripal, por ejemplo, se debe á la acción de la toxina gripal sobre las células grises de los cordones anteriores de la médula,[2] y en cuanto á la tetanía infantil su origen tóxico está ya generalmente aceptado (Hauser, Kossowitz, Schlesinger, Singer, etc.).[3] Lo mismo se puede decir de la eclampsia, de la uremia y de la corea.[4] Respecto al espasmo de la glotis, las investigaciones de Rehn[5] manifiestan que se deben á la absorción de una toxina estomacal que él cree originada principalmente por la alimentación artificial; por lo demás, como lo hace notar el mismo Rehn, generalmente se le encuentra asociada á la tetanía ó á la eclamsia, padecimientos cuyo origen tóxico no es ya dudoso. En cuanto á las que se suelen observar en los individuos que en su intestino llevan la *ténia*, ya en mi tratado de «Enfermedades del aparato digestivo,» creo haber demostrado que no son de origen reflejo sino tóxico. Como se ve, en todos estos pade-

1 *Semaine Médicale*, 1892, p. 54.
2 „ „ 1900, p. 70.
3 „ „ 1896, p. 220, 240, 246, 508.
4 „ „ 1897, p. 153.
5 „ „ 1896, p. 380.

cimientos las investigaciones modernas manifiestan que por lo común su origen es tóxico. Veamos ahora si pasa lo mismo con la epilepsia y la histeria, prototipos de las enfermedades convulsivas esenciales.

El mal comital se ha considerado siempre como debido á la exageración del poder reflejo, como lo demuestra el tratamiento antiespasmódico con el que siempre se ha tratado de combatirlo, aunque como era natural sin resultado; pues lejos de estar demostrado que en esta enfermedad los reflejos estén exacerbados, las investigaciones de Feré[1] manifiestan que cuando menos todos los reflejos cutáneos están disminuídos en el epiléptico aun cuando todavía no se haya medicinado. La teoría tóxica tiene fundamentos mucho más sólidos. En efecto, está demostrado que diversas substancias son capaces de producir ataques convulsivos enteramente iguales á los epilépticos. Así Ballet y Faure[2] inyectan á algunos perros con una maceración de tabaco en la proporción de 2 c.c. ó más por kilo de animal, y ven sobrevenir en dichos animales ataques convulsivos que presentan todos los caracteres del ataque epiléptico. Marinesco[3] inyecta conejos con esencia de ajenjo (de 0.50 á 2.00) y á los 20 ó 40 minutos estallan ataques francos de epilepsia. Estas experiencias hacían ya desde luego suponer que la epilepsia llamada esencial era originada por la presencia en el organismo de alguna substancia convulsivante. Las investigaciones de Agostini de Cabitto y de Bonnet demuestran que esta es la verdad. En efecto, Agostini[4] notó que si se inyecta á los conejos el jugo gástrico de los epilépticos sobrevienen en estos animales convulsiones tónicas y clónicas, y notó además, cosa muy importante, que la toxicidad de ese jugo alcanzaba su máximo con el ataque y era proporcional á la violencia de dicho ataque. Algo muy semejante notó Bonnet (de Saint Robert)[5] con la orina de estos enfermos, pues vió que esta orina es hipertóxica inmediatamente después del ataque, y desde ese momento su toxicidad va disminuyendo hasta ser muy pequeña pocas horas antes del ataque, volviendo con él á hacerse hipertóxica. Igual fenómeno se observa con el sudor; sabemos en efecto por las investigaciones de Mavrojanis[6] que se necesita inyectar de 110 á 140 c.c. de sudor normal á un conejo para matarlo. Ahora bien, según las investigaciones de Cabitto[7] bastan de 15 á 20 c.c. de sudor de un epiléptico que acaba de tener el ataque para obtener el mismo resultado que es la muerte del animal. Parece pues, indudable que hay en el organismo del epiléptico substancias convulsivantes y tóxicas, que á semejanza de la digital, del arsénico y de otros venenos, por ser insuficiente su eliminación, se acumulan, ó como dice Charrin al tratar este punto: «se diría que en esta enfermedad la acumulación de una « porción de venenos va creciendo hasta el momento en que esta toxicidad vie- « ne á ser suficiente *pour declancher* los centros ciclo-motores.» Es entonces cuando sobreviene el ataque y con él se produce la eliminación de esas substancias como lo demuestra el estado hipertóxico del jugo gástrico, de la orina y del sudor después del ataque. En otros términos: las crisis convulsivas sobre-

1 *Semaine Médicale*, 1897, p. 366.
2 ,, ,, 1899, p. 52.
3 ,, ,, 1899, p. 208.
4 *Mes Médico*, 1896, p. 8.
5 *Le Dauphiné Médical*, Junio de 1898. «Monitor Terapéutico,» 1898, p. 168.
6 Charrin. Défenses Naturelles de l'organisme. 1898, p. 89.
7 Idem, loc. cit.

vienen normalmente en el epiléptico cuando la proporción de esos venenos contenidos en su organismo es ya peligrosa y constituyen en consecuencia una especie de descarga que abre las puertas á la eliminación de dichas substancias.

En cuanto á la histeria, aun haciendo abstracción de aquellas cuyo origen tóxico está ya perfectamente reconocido, como las denominadas por Grasset: [1] *histeria tóxica* é *histeria infecciosa* (debidas, la primera al plomo, al mercurio, etc., y la segunda á la tuberculosis, á padecimientos gastro-intestinales, etc., y cuyas solas denominaciones indican desde luego que el origen ó causa del padecimiento consiste en la presencia en el organismo de substancias muy diversas, pero que la Clínica enseña pueden producirla) aun en la llamada *esencial* ó *nerviosa* las investigaciones de Chiaruttini [2] demuestran que debemos aceptarle el mismo origen tóxico que hemos venido encontrando en todos los demás padecimientos convulsivos. En efecto, Chiaruttini encontró que la orina de estos enfermos contiene constantemente ciertos alcaloides cuya proporción aumenta considerablemente con el ataque. Para conocer la acción de estas substancias en el organismo, las inyectó á algunos animales y notó que producen un aumento en el número de las respiraciones y de las contracciones cardiacas, poliuria, convulsiones ó parálisis y á dosis suficiente pueden producir la muerte por asfixia en medio de convulsiones tónicas, etc.; así pues, el organismo de estos enfermos contiene substancias que experimentalmente se ve producen dispnea, palpitaciones, poliuria, convulsiones, parálisis y en una palabra, los fenómenos que se observan en estos enfermos y lo mismo que vimos en la epilepsia, con el ataque se verifica una abundante descarga ó eliminación de estos principios como lo demuestra su aumento en la orina cuando ha sobrevenido el acceso convulsivo.

En resumen: vemos que todos estos padecimientos que anteriormente se creían debidos únicamente á la hiperexcitabilidad refleja son, en realidad, originados por la presencia en el organismo de una ó varias substancias convulsivantes, substancias producidas en unos casos por micro-organismos patógenos (tétanos, cólera, etc.), y en otros probablemente por una desviación ó perturbación de la nutrición general (epilepsia, etc.)[3]

¿Por qué mecanismo estas substancias producen las convulsiones? Es muy probable que la sangre cargada de esos principios excite directamente los centros motores. Sin embargo, hay que confesar que en aquellos padecimientos en los que se han hecho las investigaciones necesarias, vemos que el fenómeno sigue la ley que he dado para los reflejos; pues *trata de suprimir la causa que lo motivó.* En efecto, tanto en la epilepsia como en la histeria vimos que las crisis convulsivas producen una abundante hipersecreción de la substancia tóxica que las originó.

Estas investigaciones científicas tienen una consecuencia importante en la práctica y es la de sustituir al tratamiento, generalmente inútil, del efecto por el tratamiento mucho más eficaz y racional de la causa; en otros términos,

1 *Le Correspondant Médical*, 1898, p. 14.

2 Riforma med., 93, v. II, p. 715.—Gil de la Tourette, t. 1º, p. 113.

3 Ya escrito el presente artículo he recibido el núm. 3 del periódico la *Semaine Médicale* del presente año y en la página 21 encuentro que M. Bra ha comunicado á la Academia de Ciencias de París, haber encontrado en la sangre de los epilépticos un micro-organismo especial. Si estas investigaciones se confirman se haría muy probable el origen microbiano de esas substancias. (Nota del autor.)

sustituir la medicación antiespasmódica por la antitóxica, cuando como en el tétanos conozcamos su antitoxina y en caso de no existir ésta todavía, recurrir á la medicación eliminadora, que en el estado actual de la ciencia médica es á la que tendremos que recurrir en la generalidad de los padecimientos convulsivos. Así en la tetanía gástrica ayudaremos á la naturaleza vaciando y lavando perfectamente el estómago aun cuando por ello se provoquen nuevos accesos convulsivos, pues lo que interesa es salvar la vida del enfermo que corre grandes riesgos en este padecimiento. En efecto, la estadística demuestra que esta enfermedad, cuando no se le combate oportuna y convenientemente, produce la muerte en el 70 por ciento de los casos. Ahora bien, si oportunamente se lava el estómago, se puede casi asegurar la vida del enfermo, pues según Bouveret[1] la dosis convulsivante de la substancia tóxica que origina esta tetanía, es apenas la mitad de la dosis tóxica. Así pues, cuando estallan las convulsiones el enfermo ha absorbido la mitad de la dosis que lo matará; hay pues que oponerse con toda energía á que absorba la otra mitad. Ciertamente el organismo por medio del vómito procura expulsar este contenido peligroso, pero generalmente esto no basta, y hay que ir en su ayuda lavando escrupulosamente el estómago y desde luego se comprende que extraída en su totalidad la substancia tóxica cesa su absorción, y si esto se ha hecho con oportunidad, cesará también el peligro para el enfermo. En la tetanía gripal recurriremos al lavado de la sangre para favorecer la eliminación de la toxina que en ella se encuentra; así el Dr. Gómez[2] ha publicado un caso que después de haber resistido á todos los antiespasmódicos como bromuros, cloral, baños calientes, etc., cedió rápidamente á este lavado hecho por medio de una inyección diaria de 250 gramos de solución fisiológica de cloruro de sodio. En la tetanía infantil la indicación es vaciar y desinfectar el aparato digestivo (Hauser, Schlesinger, etc.), consiguiéndose con esto salvar á muchos enfermos de este padecimiento cuya gravedad es bien conocida. En la eclampsia infantil, los purgantes constituyen un medio ya bien conocido y usado para curar la alferecía; no así los diuréticos los que, sin embargo, pudieran estar perfectamente indicados, pues Blanche[3] ha hecho notar que no se puede dar por terminado un ataque de alferecía mientras el niño no orine abundantemente y á juzgar por lo que hemos visto en otros padecimientos convulsivos, es probable que la toxina que ha penetrado al organismo del enfermo se elimine por la orina en esta poliuria terminal de la crisis. En la eclampsia puerperal y en la uremia, el método eliminador es ya el solo aceptado como verdaderamente útil. En el espasmo de la glotis, además de suspender inmediatamente toda alimentación artificial para evitar la formación de más toxinas, hay la indicación bien clara de vaciar el aparato digestivo para eliminar así las ya formadas con anterioridad. En cuanto á las crisis convulsivas originadas por parásitos intestinales, es indudable que lo verdaderamente útil en estos casos será la expulsión del parásito. En la epilepsia, conforme á las investigaciones citadas, el tratamiento eliminador está perfectamente indicado. El Dr. Voisin,[4] médico de la Salpetrière, recurre desde hace ya algún tiempo á este método obteniendo con él muy buenos resultados. Así desde que nota en

1 *Semaine Médicale*, 1892, p. 54.
2 *Semaine Médicale*, 1900, p. 70.
3 *Mes Médico*, 1895, p. 211.
4 *Mes Médico*, 1896, p. 8.

el epiléptico la lengua saburral, precursora del acceso, le administra un purgante de aceite de ricino, y cuando esta medicación ha sido aplicada con la debida oportunidad, el ataque no sobreviene. Cuando el enfermo está ya «en estado de mal,» es decir, cuando está sufriendo una serie de ataques, todavía según él los purgantes son útiles y pueden, por sí solos suspender la serie, pero casi siempre en esos casos hay necesidad de asociarles algunos antisépticos como el betol, el naftol, la solución de ácido láctico, etc., y por último, lavar el estómago. Bonnet (de Saint Robert)[1] recomienda también mucho los purgantes repetidos asociados á la dieta láctea y favorecer además la diuresis con la teobromina, inyecciones de suero artificial, etc. Con este método afirma que sobreviene desde luego una mejoría notable, las crisis desaparecen y si el tratamiento se mantiene el tiempo suficiente, la curación radical se consigue sin que sufran las facultades intelectuales del enfermo como se ha observado con otras medicaciones. Por último, en la histeria no sé que se haya ensayado el método eliminador, pero teniendo en cuenta las investigaciones de Chiarattini es de creerse que se obtendrían con él resultados superiores á los que da el tratamiento antiespasmódico.

En resumen: vemos que los padecimientos convulsivos del segundo grupo, es decir, los originados por la presencia en el organismo de una ó varias substancias convulsivantes, deben ser combatidos como lo son los demás envenenamientos, procurando expulsar y si es posible neutralizar la substancia tóxica. Llenada esta indicación causal, que es capital, resta sólo considerar el tratamiento del efecto ó sea del acceso convulsivo mismo.

En general, se puede decir que el acceso convulsivo, siempre que tenga su intensidad habitual, no debe ser combatido, pues además de no ofrecer en esos casos peligro alguno, ya vimos que con él sobreviene una abundante eliminación de la substancia tóxica, siendo en consecuencia útil al organismo y prácticamente se ve en muchos casos la utilidad de estas crisis. Así en la epilepsia J. J. Muskens[2] ha anotado que existen zonas de hipoalgesia ó anestesia las que, extendiéndose, llegan á generalizarse poco tiempo antes del ataque á casi la totalidad del cuerpo, y cosa notable, parece que la intensidad de las convulsiones es proporcional á la intensidad de esta anestesia, pues se nota que esta última tarda más en desaparecer con el ataque en el lado en que las convulsiones han sido más enérgicas. Paul Sollier[3] ha notado un fenómeno semejante en la histeria, pues la anestesia más ó menos generalizada antes del ataque se limita mucho ó desaparece con él, de lo que deduce que el acceso convulsivo es una manifestación reaccional del organismo para recuperar su estado normal. Se ve, además, frecuentemente en esta última enfermedad que con la crisis convulsiva desaparecen algunos padecimientos tales como una parálisis, un vómito incoercible ó alguna otra manifestación que duraba hacía ya varios meses y había resistido á todos nuestros medios curativos; se les ve desaparecer, decía, sin más que el haber sobrevenido un acceso convulsivo. Es, en vista de estos casos, que G. de la Tourette[4] en su magnífico tratado sobre la histeria, va hasta proponer que se provoquen los accesos convulsivos, sea comprimiendo una zona histerógena ó por otro medio, para curar algunas

1 Loc. cit.
2 *Semaine Médicale*, 1901, p. 413.
3 Paul Sollier.—Genèse et nature de l'hystérie, 1897, p. 261.
4 G. de la Tourette. De l'hystérie, 1895, p. 75.

de estas manifestaciones rebeldes. Por lo demás, si suspendemos intempestivamente un ataque de histeria, sólo conseguiremos como dice G. de la Tourette *retardarlo* ó *trasformarlo;* pues generalmente se le ve reaparecer luego ó sobrevenir lo que él llama «equivalente psíquico,» es decir: agitación, delirio, alucinaciones, etc.; mientras que si el acceso no ha sido interrumpido, la enferma se siente después que dicho acceso ha terminado con un gran bienestar y realmente mejorada de sus padecimientos anteriores. Así, pues, sólo en casos excepcionales en los que por su excesiva intensidad el acceso se haga peligroso, como suele aunque muy rara vez observarse en la forma espasmódica, estaremos autorizados á interrumpir ó trasformar el ataque, haciendo entonces uso de los medios recomendados para conseguirlo, como compresión de una zona frenatriz, inhalaciones de cloroformo, etc. Lo mismo se puede decir del espasmo glótico, pues es indudable que en muchos casos sus accesos, sea por su excesiva intensidad ó por su larga duración, pueden hacerse peligrosos, y es claro que en esos casos debemos prontamente suspenderlos, ya comprimiendo enérgicamente el nervio frénico entre las extremidades de los escalenos, con lo que, según Bidon,[1] se suprime rápidamente el acceso, sea por medio de baños calientes, inhalaciones de cloroformo, etc. En cuanto á los medicamentos nerviosos ó antiespasmódicos parece que no presentan utilidad alguna en estos casos (D'Espine et Picot).[2] Si fuere necesario se recurrirá á las inhalaciones de oxígeno, á la respiración artificial con un tubo laríngeo, á las tracciones rítmicas de la lengua, y en una palabra, á la serie de medios recomendados para dominar la asfixia consecutiva. La misma regla de conducta creo que debe seguirse al atender los accesos de los demás padecimientos convulsivos; no combatirlos cuando teniendo su intensidad habitual no ofrezcan peligro, pues según vimos son útiles al organismo; pero cuando, sea por su excesiva intensidad ó larga duración, se hagan peligrosos, podremos combatirlos para moderarlos cuando menos y reducirlos á lo que es habitual en la enfermedad dada.

En resumen, los padecimientos convulsivos son, ó una manifestación directa de alguna afección de los centros nerviosos ó de una intoxicación del organismo. Estos últimos deben ser tratados como los demás envenenamientos, es decir, procurando la eliminación y si es posible, la neutralización de la substancia tóxica. Y en cuanto á la crisis convulsiva misma sólo cuando por su exageración ofrezca algún peligro, deberá ser combatida.

México, Febrero de 1902.

DR. E. P. LAMICQ.

1 *Semaine Médicale*, 1894, p. 26.
2 A D'Espine et C. Picot, 1880, p. 332.

SECCION VIII.

NEUROPATOLOGIA Y PSIQUIATRIA

DOS NOTAS DE CLÍNICA NEUROPÁTICA

I. — UN CASO DE ESCLEROSIS COMBINADAS.

N. A.; de 18 años de edad, zapatero de oficio y originario de León, se presenta un día, hace tres años, en mi consultorio, conducido por su madre, que le ayudaba á caminar, pues aún con ese apoyo, lo hacía él con dificultad suma, el tronco ligeramente inclinado hacia adelante, los muslos, en pronunciada aducción hasta la completa aproximación de las rodillas, no se separaban en cada paso sino con extrema dificultad y en pequeña extensión, los pies se levantaban del suelo con relativa exageración, cayendo *de plano* en cada paso.

Una vez que tomó asiento, supe que carecía de antecedentes hereditarios ó personales que tuvieran alguna relación con su enfermedad, la que, sin motivo aparente había empezado hacía unos cuatro años, anunciándose por *dolores fulgurantes*, frecuentes é intolerables, que desde el principio hasta el día en que me veía no le dejaban sino pequeñas treguas; esos dolores recorrían *como relámpagos*, de uno á otro extremo los miembros inferiores, fijándose con mayor frecuencia en los muslos. Después de un año ó más de padecer esos crudelísimos dolores, notó adormécimiento en los miembros inferiores generalmente fugaces, pero más persistentes en los pies, y al mismo tiempo cierta *debilidad para andar*, como él se expresa. Así pasó algún tiempo, con el tormento de los dolores que apenas conseguían calmar algunos analgésicos, y de un poco más de un año á la fecha de su primer consulta se fueron haciendo rígidos sus muslos, dificultándosele su separación, hasta llegar al estado en que hoy se encuentra.

Examen: Los movimientos de sus miembros superiores, normales; el estado de sus aparatos ocular, auditivo, fonético, respiratorio y circulatorio, fisiológicos; su inteligencia y su lenguaje, normales. *Sensibilidad:* aparte de sus dolores y de la hipoestesia en sus miembros inferiores, había frecuentes adormecimientos y dolores lombares.—*Motilidad:* espasmo exagerado de los músculos aductores de los muslos, que los hacía estar constantemente pegados uno á otro, siendo imposible su separación por la fuerza; ya he dicho como se hacía su *deambulación*, verdaderamente *tabeto-espasmódico*. Cuando se obligaba al enfermo á estar de pie con los ojos cerrados *(signo de Romberg)*, ó á caminar y voltear rápidamente ó detenerse á una orden dada *(ejerciciò de Fournier)*, siempre vacilaba y era preciso detenerlo para que no cayera: al andar, siempre lo hacía viendo los pies. Debido al espasmo de l s aductores del muslo, los movimientos de sus miembros inferiores eran difíciles; pero obligándolo á ejecutarlos en la extensión posible, lo hacía con *marcada incoordinación*. *Reflejos*: el patelar ó de las rodillas, completamente abolido *(signo de Westphal)*, aun empleando la *maniobra de Jendrassik*, que consiste, como bien se

recuerda, en obligar al enfermo, durante el examen, á practicar un esfuerzo muscular, como por ejemplo, enganchar los dedos anulares y procurar separar las manos.—*Perturbaciones tróficas:* ninguna.—*Raquis:* En él se manifiesta una escoliosis lombar pronunciadísima, de concavidad vuelta á la izquierda y que contribuye mucho á las dificultades de la marcha. Esta escoliosis se ha desarrollado paralelamente á los otros síntomas de la enfermedad.

Desde la época en que hice este primer examen (poco tiempo después del cual presenté al enfermo á la «Sociedad Leonés de Ciencias Médicas,)» á la fecha, los síntomas de la enfermedad no han hecho más que acentuarse, sin sufrir variación alguna en su modo de agrupación.

Diagnóstico.—El principio de la enfermedad por *dolores* de aspecto *fulgurante*, la hipoestesia de los miembros inferiores, la existencia de los signos de Romberg y Westphal, los resultados suministrados por el *ejercicio de Fournier y la ataxia*, y en resumen todos estos datos reunidos, nos hablan en favor de las *tabes dorsalis.* Pero juntamente con ellos se presenta rigidez notable, un espasmo excesivo en los músculos aductores del muslo, como en los casos de *esclerosis lateral amiotrófica* y fácilmente se piensa que no se trata de alguna de estas dos afecciones pura y aislada.

Desde luego se distingue el cuadro que presenta el enfermo del de la tabes, por la existencia del estado espasmódico; y se distingue también del cuadro correspondiente á la enfermedad de Charcot ó esclerosis lateral amiotrófica, en que faltan las atrofias musculares que le hicieran merecer el último calificativo, y sobran los signos enumerados al principio: de Westphal, Romberg, etc.

En algunos casos la *esclerosis en placas* principia por paraplegia espasmódica, y no sería raro que esa paraplegia se acompañara de síntomas tabéticos cuando simultáneamente á placas de esclerosis desarrolladas en los cordones laterales, existieran algunas en los posteriores; pero sería muy raro que á la vez no existieran síntomas propios de aquella enfermedad nistagmus, temblores intencionales, disartria, etc.

En la mielitis transversa suele haber paraplegia espasmódica, pero faltan los signos del tabes, y principalmente la ataxia.

Queda, pues, como único probable el diagnóstico de *esclerosis combinadas*, esclerosis que, por los síntomas observados, radicaría en los *cordones posteriores*, así como en los *ántero-laterales*, sin que la clínica pueda decidir si existe la asociación de *dos esclerosis sistematizadas*, ó se trata simplemente de una *mielitis difusa de apariencia sistemática.*

Hay en nuestro enfermo un síntoma que no hemos analizado: la escoliosis. La única mielopatía en que está señalado este síntoma, si no me engaño, es en la *siringomielia*, en la que se presentan también otras desviaciones raquídeas; pero en el sujeto de esta observación no puede ni remotamente sospecharse la existencia de la *gliomatosis medular* ó *mielitis cavitaria*, según quiera llamársele; pues no se presenta en él, á la más detenida observación, nada que recuerde el síntoma casi patognomónico de aquella mielopatía: la disociación siringomiélica de la sensibilidad, consistente en analgesia y termoanestesia, conservándose intacta ó casi intacta la sensibilidad táctil; no existe tampoco ninguna perturbación trófica: las amiotrofias ó los panadizos analgésicos. Además, las desviaciones raquídeas en los siringomiélicos son más frecuentes en la región cérvico-dorsal.

Creo que la explicación más satisfactoria en nuestro caso, en lo que respecta á la escoliosis, es la existencia de contractura de los músculos de las

goteras vertebrales, análogo al estado espasmódico de los del muslo, y por la cual contractura se hubiera roto el equilibrio de las fuerzas que, obrando en sentido diverso, conservan la forma y solidez del raquis.

Para quitar toda sombra de duda al diagnóstico que hemos formulado, conviene advertir que no hemos hecho mención, al discutirlo, de la enfermedad de Erb-Charcot ó *tabes dorsal espasmódica del adulto* (con la que tiene grandes semejanzas la enfermedad de nuestro sujeto, pues son comunes á los dos: el principio insidioso, la rigidez de los músculos de los miembros inferiores y el aspecto de la *deambulación*); porque en la tabes dorsal espasmódica existe exageración de los reflejos, en especial la *trepidación espinal*, que faltan en nuestro enfermo, y carece, en cambio, de perturbaciones de la sensibilidad de la *ataxia* en los movimientos de las piernas, que más bien son paréticas en las tabes y de los demás signos que aparecen en el caso que venimos analizando.

Por último, conviene advertir que he analizado cuidadosamente los caracteres de los síntomas que presenta el enfermo para evitar toda confusión; pues como ya lo he dicho, para asegurarme de la desaparición del *reflejo de la rodilla*, que es uno de los signos cardinales de la tabes, he empleado la «maniobra de Jendrassik;» para asegurarme de la realidad de la *incordinación de los movimientos voluntarios de la pierna*, única parte donde se presentaba dicha incoordinación, he cuidado de comprobar que no se había debilitado el poder de los músculos correspondientes, así como de hacerla aparente por el ejercicio de Fournier.

II.—UN CASO DE ESCLEROSIS EN PLACAS CON SÍNTOMAS TABÉTICOS, PARÁLISIS DEL MOTOR OCULAR COMÚN Y PERTURBACIONES VISUALES.

T. C. V., ensayador de metales y tenedor de libros, de Guadalajara, de 65 años de edad, casado. No presenta ningún antecedente patológico hereditario; siempre ha sido sano. Hace nueve años que por primera vez notó algún padecimiento: empezó á perder su vigor y á adelgazar visiblemente, aumentádose, de modo poco marcado, la sed, el hambre y la cantidad de orina. El médico que entonces lo asistía, buscó y encontró *glicosa* en su orina, cuya cantidad ha sufrido profundas variaciones, siendo *actualmente* muy corta, y habiendo desaparecido durante largos periodos. Dos años después que se advirtió la glicosuria, aparecieron *dolores fulgurantes* que, localizados al principio en las piernas, se extendieron después á los muslos, viniendo por crisis y atormentándolo de indescriptible manera; aún no desaparecen, pero se presentan más tardíamente y con menor intensidad. Casi simultáneamente al dolor, apareció *temblor intencional* en el brazo derecho, y pocos meses después también en el izquierdo, siendo hasta la fecha más marcado el del primero que el del segundo. El temblor nunca existe en el *reposo;* pero aparece inmediatamente que se exige al enfermo un movimiento, acentuándose á medida que se acerca al fin del movimiento intentado, pero sin que *haga perder la dirección general de dicho movimiento*. El temblor es de unas seis oscilaciones por segundo (de tipo medio); y basta que se le mande comprimir entre los dedos algún objeto para que aparezca.

Durante cinco años, sólo tuvo el enfermo la pena de los *dolores* y temblores; pero entonces á esos síntomas se agregó lo que él *llama debilidad en las piernas* y que propiamente no es tal; pues al examen da un valor normal al poder

muscular de sus miembros inferiores; pero al ejecutar un movimiento lo hace sin que el impulso esté relacionado á la amplitud del movimiento que se pretende, es decir, hay *ataxia* en los movimientos de sus miembros inferiores. Cuando anda proyecta con vigor sus piernas dejando caer de plano los pies y al dar la vuelta vacila y caería á falta de apoyo, lo mismo que cuando está parado, y se le obliga á juntar los pies, cerrando á la vez los ojos (signo de Romberg.)

Reflejos.—Existe el *signo de Westphal* ó *abolición* del fenómeno de la rodilla.

Sensibilidad.—En las piernas hay para-estesia: si se le pican cree que se le tocan.

Aparato ocular.—Hace tres meses que ve los objetos como envueltos en niebla, pudiendo, sin embargo, distinguir las letras de las escalas. El examen de las pupilas traduce la existencia del signo de *Argyl-Robertson:* pérdida del reflejo luminoso conservándose el de acomodación. *Discromatopsia para el verde—Campo visual* ligeramente *estrechado.*—Examen *oftalmoscópico:* medios transparentes; *papilas* de contornos un poco difusos, los vasos especialmente las arterias, disminuídos de volumen, veladas á trechos. Estos datos son comunes á ambos ojos, y existe además *ptosis* del párpado superior izquierdo, ocasionada por parálisis del elevador y no por espasmo del orbicular; levantando el párpado se ve que el ojo está inmóvil y presentando estrabismo externo, pudiendo ejecutar tan sólo el movimiento de abducción (parálisis del tercer par). La oftalmoplegía es constante desde hace algunos meses, sin presentar ninguna alternativa.

La articulación de las palabras sufre algunas perturbaciones de cuando en cuando.

La escritura del enfermo traduce perfectamente las oscilaciones causadas por el temblor intencional: los trazos de las letras están constituídos por pequeñas lineas quebradas, entrelazándose los pertenecientes á una con los de otra letra.

Diagnóstico.—No se me oculta la gran dificultad que encierra el precisar el sitio de las lesiones medulares que padece mi enfermo, y digo *medulares*, porque todos los síntomas concurren á indicar la existencia de una enfermedad del sistema nervioso, y su agrupación hace pensar desde luego en las lesiones de la médula, sin separar por esto las encefálicas y periféricas. Para guiarnos en este laberinto, conviene analizar los síntomas cardinales, para que ellos indiquen, por sus caracteres, á cuál enfermedad pertenecen.

Empezaremos por el *temblor:* éste no existe en reposo y sí sólo durante los movimientos (intencional) en el caso que estudiamos, caracteres que sólo se hallan en el temblor de la *esclerosis en placas* y en el de la *enfermedad de Friedreich*; pero como en nuestro enfermo el temblor no interrumpe la dirección general del movimiento y sus oscilaciones aumentan de amplitud á medida que se acerca al objeto, no puede referirse el síntoma que analizamos sino á la *esclerosis en placas.*

En el mismo sentido habla la titubeación de la palabra, que es detenida, espasmódica (aunque estas perturbaciones sólo se presentan en una que otra palabra), muy diferente de la articulación lenta y trémula de la parálisis general, y de la palabra lenta, sacudida, mal articulada de los tumores del cerebelo.

Pero al lado de estos dos síntomas, que por todos sus caracteres traducen

la existencia de la *esclerosis en placas*, se presenta un conjunto de otros, cuya asociación no puede menos de hacer pensar en la *ataxia locomotriz ó tabes dorsal*; esa agrupación, ese verdadero sindrome, lo forman: el principio por dolores fulgurantes y los signos de Romberg, de Westphal, de Argyll-Robertson, el último de los cuales no observándose fuera de la tabes, sino en la parálisis general y en la sífilis adquirida, según Sulzer,[1] la ataxia en la deambulación, contrastando con la fuerza muscular conservada. Si esta agrupación existiera sola, con las manifestaciones oculares que estudiarémos más tarde, no habría el menor inconveniente en colocar á nuestro enfermo bajo la etiqueta de ATÁXICO; pero la coexistencia de los *sindromo-tabéticos* con el *temblor* y la *desartria*, desvían el rumbo de nuestra apreciación y nos adhieren fuertemente á la idea que nuestro sujeto padece solamente una *esclerosis en placas de forma atipica*. Sabido es que las placas de esclerosis tienen variable distribución topográfica y todo induce á creer que en el caso que estudiamos, la esclerosis ha invadido los cordones posteriores, dando lugar á la aparición de los síntomas tabéticos, no oponiéndose á esta concepción ni las nociones que poseemos acerca de la anatomía patológica de la tabes, ni las de la anatomía patológica de la esclerosis en placas, por más que esta última sea de origen vascular y aquella de naturaleza sistemática.

Por otra parte, la hipótesis de una esclerosis en placas da perfecta explicación de cuanto observamos en nuestro enfermo, como ya lo dijimos respecto del *temblor* y de la *disartria*; como lo acabamos de indicar respecto de todos los *síntomas tabéticos* fácilmente referibles á lesiones escleróticas desarrolladas en el seno de los cordones posteriores (haz de Burdack, cordón de Gall, zonas de Lissaner, etc., etc.), y como ahora vamos á procurar demostrarlo en lo que respecta á las manifestaciones oculares.

Empezaremos por la parálisis del tercer par: tanto en la tabes, como en la esclerosis en placas existen parálisis oculares, y en una y otra enfermedad tienen caracteres clínicos semejantes: son transitorias, parciales, incompletas, teniendo en la esclerosis este carácter que no tienen en la tabes: el ser de los movimientos asociados. En nuestro caso, la parálisis es *completa*, es decir, comprende todos los músculos inervados por un mismo nervio; es *constante*, pues existe hace algunos meses (5 cuando el primer examen y no ha variado después) y no comprende movimientos asociados. Si no hay caracteres clínicos diferenciales *muy marcados* entre las parálisis correspondientes á una ú otra enfermedad de las que venimos estudiando; en cambio, el aspecto de la oftalmoplegía de nuestro enfermo, nos lleva á referirla á una placa de esclerosis desarrollada ó bien en el trayecto del tronco nervioso ó bien en el piso del cuarto ventrículo, á donde tiene su asiento el núcleo del motor ocular común, teniendo en este último caso, alguna extensión la placa, pues se recuerda que el núcleo del tercer par empieza al nivel de la parte posterior del tercer ventrículo y se extiende hasta debajo de los tubérculos cuadrigéminos posteriores. Me adhiero á esta última hipótesis en atención á la presencia de la *glicosuria* que recuerda la observada después del piquete del piso del cuarto ventrículo. Si la oftalmoplegía parcial que tiene nuestro enfermo, depende como lo pensamos, de la existencia de una placa, la evolución anatómica de éstos explica por qué la parálisis es constante, pues una placa nunca retrograda.

1 Sintome pupillari precosi della sifilide acquisita. Sulzer (analizado por *Tornabene*) en los «Archivio di Ottalmologia.» Anno IX. Vol. IX.—Palermo.

Respecto de las otras perturbaciones oculares, diremos que en cuanto al signo de Argyll-Robertson lo referimos á las lesiones tabéticas; aunque en la esclerosis en placas suele encontrarse *diminución de la reacción papilar á la convergencia ó á la luz*; la discromatopsia es igual en ambas enfermedades; desaparece primero la percepción de los colores *rojo y verde*; pero en la papila hallamos lesiones que más bien pueden referirse á la esclerosis, pues mientras en la tabes se vuelve al principio pálido ó grisáceo el *lado nasal* de la papila, que normalmente es más rosado que el temporal, y más tarde toda la papila se torna blanca y nacarada, conservando limpios y marcados sus contornos (papila tabética); en la esclerosis se presenta, según Uhthoff, ó una atrofia blanca común, ó una decoloración del *lado temporal*, ó una neuritis óptica; papila de contornos velados, arterias delgadas, cubiertas á trechos, etc., como se encuentra en el enfermo de esta observación.

Pudiera decirse que nuestro enfermo sólo padece *tabes dorsal* y que lo que observamos en el movimiento de los brazos no es más que una *incoordinación* de los movimientos; pero de nuevo repito, que se trata de *temblor*, pues no ejecuta nuestro enfermo movimientos desordenados; sino que al intentar un movimiento, el miembro superior es agitado por *oscilaciones* regulares, *rítmicas*, que no interrumpen la dirección general del movimiento. Ya hemos señalado los caracteres del temblor que hacen ver claramente que se trata del temblor de la esclerosis en placas.

Por todo lo expuesto, podemos sentar el diagnóstico de *esclerosis en placas de forma atípica, variedad tabética.*

León, Guanajuato, Febrero de 1902.

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ.

SECCION X.

ALGUNOS AFORISMOS OBSTETRICIALES DE PAJOT.

Nuestro estimado amigo ó inteligente compañero el Sr. Dr. D. Nicolás León, cuando hace años siguió en París un curso del eminente partero el Dr. Pajot, conservó en sus apuntamientos varias de las frases aforísticas que en sus lecciones empleaba el genial tocólogo francés.

Accediendo á nuestra súplica, el Sr. Dr. León, á quien damos las gracias por su deferencia, ha sacado de sus notas las que hoy insertamos, que sintetizan en su mayor parte las ideas que in extenso se encuentran en las obras de Pajot, tan conocidas y familiares entre nosotros.

Algunos de estos principios, reglas, aforismos ú opiniones son muy discutibles, como por ejemplo la que se refiere á la operación cesárea; pero no es nuestra intención analizar estos conceptos, sino presentarlos á nuestros lectores con toda su precisión y originalidad.

E. L. A.

«Tú me tiendes tu mano para pedirme una pensión vitalicia, pero desgraciadamente no la tendrás.»—Procidencia del brazo.

«En las presentaciones de tronco no se tiene la facultad de cortar el brazo sino cuando es necesario degollar al feto.»

«Cuando un niño acaba de ver la luz, colocadlo á la vista, sobre una mesa; pero nunca en una silla. ¡En estos momentos todos se preocupan; se corre, va y viene, se tropieza y choca; la partera está enteramente dedicada con la madre; el padre solloza y exclama: *¡Pobre amada mía, pobre amada mía!* La suegra se accidenta y se deja caer sobre una silla. . . .; estad seguros que, sin notarlo, preferirá siempre aquella en la cual se ha colocado el niño!»

Analizando la frecuencia de las presentaciones y para demostrar la rareza de la de rodillas decía: «Bien véis por lo dicho cuánto trabajo es para el hombre arrodillarse. . . .»

«El que procede mal es porque *toca* mal.»

«La fuerza en obstetricia debe ser sostenida y continua.»

«Para ser buen partero se necesita ciencia y paciencia.»

«Para la descarga es necesario estirar y esperar.»

«Paciente y paciencia serán siempre dos términos difícilmente conciliables.»

«En los casos obscuros, el tiempo es el mejor medio para diagnosticar.»

«No debe intervenirse en las retenciones placentarias, sino cuando sangre ó hieda,» decía para indicar el momento oportuno de la operación.

Para explicar las desgarraduras perineales decía: «La desgarradura himeneal es el tijeretazo que el vendedor de telas da antes de romper el lienzo: la tracción basta después para completar la división.»

Refiriéndose al gancho y al perforador disimulados en el manejo del fórceps, decía: «El fabricante ha colocado allí ese gancho y esa punta, enmascarada con una oliva, para indicaros que nunca las debéis usar.»

Refiriéndose á la aplicación del fórceps: «Rama izquierda, con la mano izquierda y siempre á la izquierda, colocadla primero. . . . . Todo lo derecho es izquierdo, salvo el partero.»

«No hay, en realidad, sino un solo mecanismo en el parto, cualesquiera que sea la presentación y la posición.»

Juzgando la operación cesárea decía: «Es una inspiración salvaje cortar el árbol para conseguir el fruto. Premeditar la operación cesárea es preparar un asesinato científico y algunas veces un infanticidio.»

«Se dirigirán tanto más atrás las ramas del cefalotribo cuanto más considerable sea el estrechamiento.»

Refiriéndose á la administración de cuernecillo de centeno enseñaba: «En

tanto que el útero contenga *algo:* feto, placenta; membranas, coágulos, no déis jamás el centeno, ó lo que es lo mismo: No déis centeno en útero lleno.»

Y terminaba siempre sus sabios consejos con este apotegma:

«*Bene agere et letari.*
Obra bien y alégrate.»

PROF. PAJOT.

SECCION XIX.

HIGIENE

ALGO DE UTILIDAD PRACTICA.

Uno de los factores más importantes que existen en la propagación de las enfermedades contagiosas en la prisión de Belén es la falta completa de aseo individual, siendo allí extremadamente difícil la práctica de los baños, por usarse los tibios en tina y ser muchos los recluídos (2,500 á 3,000). Maravilla la cantidad que hay allí de enfermos de la piel y lo variado de las afecciones cutáneas, no pareciéndonos exagerado decir que un dermatologista encontraría allí los tipos más claros y abundantes de cada una. Las enfermedades infecto-contagiosas toman en Belén un incremento rápido, cuando sobrevienen epidemias, y es la falta de aseo personal la que contribuye muy mucho á su expansión, unida á las otras condiciones de aire infecto, aglomeración, miseria, etc., para la producción del fenómeno.

Es nuestro ánimo ayudar en nuestra esfera de acción para traer remedio á este mal, remedio que trascenderá hasta en la educación y mejor aspecto de los presos, lo que nos lleva á proponer que se adopte en ese lugar un sistema balneario que sea económico y á la vez derrame sus beneficios sobre el mayor número de personas.

Huelgan los argumentos en apoyo de esta idea: *aseo personal*, para que hayamos de repetir aquí los que campean en los Tratados de higiene, bien conocidos de los que nos leen.

¡Ojalá y alguno de los que tomen nota de nuestra mira, influya ó tome por su cuenta llevarla á la realidad!

Podemos proponer baños tibios (30°) usando como combustible la astilla de los talleres de carpintería, que hoy es sacada de la prisión, y se consigue con este medio una economía considerable.

El tipo de baño tiene que ser uno en que se consuma la menor cantidad de agua posible y que llene el objeto. Este es el baño de ducha, usado por primera vez en la prisión de Rouen. Consiste en una manzana de regadera, con plano de proyección oblicua y diámetro bastante para cubrir todo el cuerpo con los hilos de agua. La cantidad de liquido indispensable es de 10 á 20 litros, en tanto que hoy cada tina consume 150 litros. El peso del jabón necesario es de 15 gramos por persona.

Actualmente el Gobierno del Distrito proporciona á la prisión 1,000 jabones mensuales que podría cuadruplicar sin gran esfuerzo.

En esta forma é instalando veinte regaderas que supondremos funcionando de las siete á las doce de la mañana y concediendo un cuarto de hora de

tiempo á cada bañista, podrían asearse diariamente cuatrocientos individuos, de modo que se repetiría el baño cada seis ó siete días.

Este sistema permitiría aun que bastara á su instalación el departamento que hoy existe dedicado al mismo objeto.

Las cifras antes escritas pueden servir de buena base para el cálculo de costo y la adopción del sistema traería en la prisión un beneficio higiénico no despreciable y uno educativo de importancia.

DR. A. BENAVIDES.

México, Febrero 24 de 1902.

SECCION XXVII.

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA MEXICANA

PRENSA OFTALMOLÓGICA.

Anales de Oftalmología, tomo IV, núm. 5. En este número encontramos un brillante brindis del Sr. Dr. *M. Uribe Troncoso*, dirigido al Sr. Dr. Galezowski, de París, durante un banquete de bienvenida que le ofrecieron los oculistas de la capital con motivo de su visita á nuestro país, brindis en que se rinde un justo tributo á nuestros sabios oculistas, que fueron los primeros en asentar las bases de nuestra ciencia oftálmica y cuyos nombres, que deben conservarse con veneración, son los ilustres de D. Miguel Muñoz, D. José María Vértiz, D. Luis Muñoz, D. Ricardo Vértiz y el del sabio maestro D. Manuel Carmona y Valle, único superviviente.

Después de ese brindis leímos las justas apreciaciones que hace el mismo Dr. *Uribe Troncoso* acerca de las ideas que expuso el Dr. Galezowski en dos conferencias que dió en la Escuela N. de Medicina, de este capital, así como en la Academia N. de Medicina. Como las apreciaciones del Dr. *Uribe Troncoso* son bien fundadas y obedecen tan sólo á su afán por descubrir la verdad en intrincados y aún no resueltos problemas de oftalmología, deseando que sean más conocidas, vamos á dar un extracto de ellas:

Las conferencias del Dr. Galezowski versaron sobre glaucoma; en la primera expuso su teoría patogénica de esa afección, que considera como una *linfangitis del ojo*, haciendo consistir la enfermedad en el desecamiento de la lámina cribada, la que produciría compresión de los haces del nervio óptico; el desecamiento sería debido á la falta del humor acuoso, que pasando de la cámara anterior por el canal de Schlemm al espacio subtenoniaño y en seguida al supracoroideo, y siguiendo un trayecto retrógrado abajo del globo, iría á nutrir el nervio óptico. No explicó cómo se produce el aumento de la tensión por ese mecanismo, ni cuál es la causa de la oclusión de los espacios linfáticos. El Dr. Galezowski se adhiere á la idea expuesta por el Dr. *Uribe Troncoso*, de la alteración del humor acuoso.

El Dr. *Uribe Troncoso*, que ha hecho profundos estudios clínicos y experimentales sobre glaucoma y ha llegado, según nuestra humilde opinión, al conocimiento de la verdadera patogénesis del glaucoma, califica de «contrarias á las nociones adquiridas de anatomía y fisiología del ojo,» las hipótesis del Dr. Galezowski, habiéndolas combatido en el seno de la Sociedad Oftalmológica Mexicana, durante una sesión á la que asistió el maestro parisiense, oponiendo á su teoría, entre otras razones, la noción del «papel de excreción

que tiene el humor acuoso, la falta de comunicación directa entre el canal de Schlem y el espacio subtenoniano y la imposibilidad de que pudiera aquel nutrir al nervio óptico.»

Como la teoría patogénica del glaucoma, tal como la expone el Dr. *Uribe Troncoso*, nos parece enteramente razonable y de positivos fundamentos científicos, en número próximo, tendremos el gusto de presentarla en extracto á nuestros lectores para contribuir en algo á que se difunda el conocimiento de estudios que hacen verdadero honor á quien los emprendió, así como dan lustre á nuestra ciencia patria.

En la Academia N. de Medicina, el Dr. Galezowski leyó una comunicación acerca de la patogénesis y tratamiento del despegamiento de la retina. Cree que todos los desprendimientos son de origen traumático y debidos á la ruptura de las fibras de la zónula de Zinn, cuya ruptura favorecería la formación de un trayecto fistuloso por donde el humor acuoso de la cámara posterior se infiltraría entre la coroide y la retina y levantaría esta última. Se funda, para sostener esta teoría, en el resultado del examen químico que ha hecho del líquido subretiniano y el cual líquido sería, según él, de composición igual á la del humor acuoso. El Dr. *Uribe Troncoso* comenta dicha comunicación con estas palabras: «Nos parece imposible que semejante fístula pudiese existir, pero aun suponiéndola, el que se despegaría sería el vítreo, de las membranas profundas, y no la retina, pues en la parte anterior del ojo, tapizando los procesos ciliares hasta la *ora serrata*, sólo existe la *pars ciliaris retina*, en la que coroide y retina están confundidas en una sola membrana. La fístula tendría, pues, que atravesar toda esa extensión antes de llegar á la retina y producir el despegamiento.»

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ.

León, Guanajuato, Febrero de 1901.

SECCION XXVIII

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA

Peligros de la resección sistemática del epiplón en la curación radical de las hernias.—Anales de la Sociedad Belga de Cirugía, núm. 6. Dr. F. Dejardin. (Lieja). En una comunicación á la sociedad antes dicha, el autor analiza las condiciones indispensables á la formación de una hernia y llega en lo último á esto: lo capital, lo culminante, es la existencia de un orificio normal ó patológico previamente distendido por cualquier mecanismo. El epiplón no desempeña un papel activo en esta distensión y por consiguiente no le es imputable lógicamente una reincidencia, con tal que hayan sido convenientemente tratados el saco y el anillo. La resección del epiplón con ligadura en masa ó en cadena expone á una hemorragia interna, lenta ó inmediata, con todas sus consecuencias (enquistamiento, supuración, etc.); como no son precisos los límites de esa resección, pueden sobrevenir atirantamientos dolorosos al moverse el intestino, puede cicatrizarse el muñón epiploico contra la pared del vientre ó una víscera y predisponer por lo menos ó aun acarrear una oclusión. Un último inconveniente es que los curados con resección epiploica quedan sufriendo dolores abdominales tenaces.

El autor, que en el año hace por término medio mil trescientas curaciones radicales de hernia, dice que nunca ha habido por qué lamentarse de no

tocar el epiplón, y que las reincidencias que ha tenido son menos numerosas que las de aquellos de sus colegas que usan de la resección sistemática. El Sr. Dejardin no reseca el epiplón, sino cuando tiene adherencias con el saco, ó por emergencias operatorias.

DR. A. BENAVIDES.

Creosota y tuberculosis pulmonar.—*The Journal of the American Medical Association.*—1º de Febrero de 1902.

El Dr. James Burroughs, que durante los últimos 19 años ha tratado . . . 2,183 casos de tuberculosis pulmonar con ayuda de la creosota, publica las ideas que sobre el particular le ha sugerido su propia experiencia, poniendo de manifiesto, ante todo, que los efectos terapéuticos de aquel medicamento, como los de cualquier otro, están subordinados á la elección y al modo de administración que de él se haga. De aquí, pues, la necesidad de que en todo tratamiento estos dos factores se asocien en términos tales, que realicen el máximum de beneficio que de ellos se puede obtener.

Muchas de las decepciones que los médicos experimentan en el uso de la creosota, se deben á la administración de un producto impuro. La pureza es, en efecto, una condición capital para el éxito; pero por faltar esta condición, muchos enfermos la ingieren por largo tiempo sin sacar provecho alguno. La creosota preparada por una doble destilación del alquitrán de haya puede considerarse como suficientemente pura, no contiene substancias irritantes y posee un poder antiséptico máximo. Morson ha indicado un medio fácil de reconocer aproximadamente la pureza de la creosota. Se funda en que la droga pura es insoluble ó casi insoluble en la glicerina, en tanto que el ácido fénico es muy soluble en el mismo disolvente. Así es que si al hacer el ensaye de una creosota se disuelve gran parte de esta glicerina, es que muy probablemente es impura y contiene mucho ácido fénico. El medicamento, cuando es puro, puede ser administrado en dosis enormes, aun para los estómagos más delicados. El Dr. Burroughs sólo reconoce á la creosota valor terapéutico en la tuberculosis, con la condición de ser administrada en grandes dosis- de 60 á 100 gotas tres veces al día, al interior, y 15 á 20 gotas diarias en aplicación local sobre los pulmones. Dada en menores dosis, como generalmente se acostumbra, la creosota, á lo más, según el médico citado, ayudará la digestión impidiendo las fermentaciones gástricas; pero no puede ejercer influencia favorable sobre el curso de la infección pulmonar.

El medicamento es administrado con aceite de hígado de bacalao, con whisky ó con crema, no habiendo ventaja alguna en administrarlo por la vía subcutánea. Sin embargo, si hubiere animadversión de parte del enfermo á la ingestión de la creosota por la boca, se recurrirá á las inyecciones de aceite creosotado, compuesto de una parte de creosota y dos de aceite de almendras dulces.

Burroughs establece el tratamiento haciendo que el paciente tome la creosota teniendo el estómago lleno. Comienza administrando 20 gotas tres veces al día y aumenta una gota diariamente hasta alcanzar el número 60; sostiene esta dosis durante un mes y retrocede entonces hasta 40 gotas; vuelve á reanudar la progresión deteniéndose nuevamente al llegar á la cifra 80. Siguiendo este plan se llega á 100 gotas, ó algo más, y en este número se sostiene la dosis por meses ó años, á discreción del médico. Juzga que el paciente debe medicinarse durante dos años cuando menos después que todo síntoma de tu-

berculosis haya desaparecido y, aun cuando en el curso del tratamiento puedan presentarse circunstancias que contraindiquen el uso del medicamento, no debe olvidarse la importancia que tiene la prosecución prolongada del tratamiento después que el paciente se halla bien según toda apariencia.

La creosota impide las fermentaciones en el tubo digestivo al mismo tiempo que estimula las secreciones de los líquidos digestivos. Domina la fiebre tanto en la tuberculosis incipiente como en la que ha alcanzado el período de supuración. En el primer caso, por medio de las grandes dosis, el área inflamatoria se circunscribe rápidamente, y en el segundo caso, siempre con ayuda de dosis fuertes, la fiebre séptica es atacada directamente por destrucción de los gérmenes de la supuración.

Burroughs establece las siguientes conclusiones: 1ª Es esencial la elección de la creosota, la cual debe ser obtenida por la doble destilación del alquitrán de haya. 2ª Las grandes dosis, aun continuadas por largo tiempo, no irritan el estómago. 3ª Estas grandes dosis están indicadas en todos los períodos de la enfermedad. 4ª Para que los resultados del tratamiento sean permanentes, es preciso continuar las grandes dosis durante meses, aun en ausencia de signos físicos ó de perturbaciones constitucionales evidentes.

México, Febrero de 1902.

ALBERTO NAVA.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA.

La patria de Cervantes.—La novela ilustrada «Misterios,» original de la ilustre escritora Doña Emilia Pardo Bazán, empezará á publicarse en el número correspondiente al mes de Marzo de la revista «La Patria de Cervantes.»

El número de Febrero de esta revista contiene el siguiente interesante sumario: Cuentos de otros mundos, El mundo de las ciudades de cristal, Fruto temprano, Un millonario del Cabo, La mina de oro de Seldon, Una niña intrépida, Cuentos Orientales, Mau Sayah, el guardián del nat de Burmah, La venganza del Conde de Lassede. Diez y siete grabados.

Se admiten suscriciones en todas las librerías, al precio de 9 pesetas al año en Madrid y 10 en provincias; el número suelto, una peseta. Bailly-Bailiére é hijos, editores. Madrid.

NOTAS

LA SOCIEDAD POSITIVISTA.

El día 19 del mes que acaba de finalizar tuvo verificativo la velada que en honor del inolvidable Dr. D. Gabino Barreda, organizó esta simpática agrupación de distinguidos pensadores, en la Sala Wagner, (Zuleta 13).

Una ocupación imprevista nos impidió asistir á ese testimonio de veneración y afecto al eminente filósofo á quien tanto debe la generación actual, pero supimos con gusto que esa manifestación tuvo el lucimiento que era de esperarse.

¡Ojalá siempre sepan conservar nuestros pósteros el recuerdo de los que, como apóstoles, lucharon por su progreso intelectual y, como legítimo corolario, por el engrandecimiento de nuestra Patria!

NECROLOGIA

MR. LE DOCTEUR ADOLPHE BURGGRAEVE.

1806-1902.

Pagando el ineludible tributo á la Naturaleza, después de una vida en extremo laboriosa y consagrada á la humanidad, y logrando ver en el Mundo Científico circuido de veneración y respeto su nombre, acaba de entrar al mundo de lo desconocido el ilustre Profesor belga Adolfo Burggraeve, cuyo nombre es en verdad bien conocido desde hace años en el mundo Médico.

En manera alguna pretendemos hacer una biografía del distinguido sabio que bien merece figurar entre la falange de obreros intelectuales meritísimos que ha producido la generación que está en su ocaso.

Sin salir de la órbita á que él mismo quiso circunscribirse, no vacilamos en afirmar que debe acompañar en la constelación científica del Siglo XIX á los astros de primera magnitud, que como Péan, Jaccoud, Pasteur, Bernard, Pajot, Sims, y tantos, tantos otros, para ser venerados justamente por nuestros pósteros, que debidamente apreciarán su magna labor.

El Doctor Burggraeve pudo atravesar el siglo que acaba de expirar, pues nacido en Octubre de 1806, acaba de rendir su jornada, á la edad de 95 años cumplidos. Bastante joven obtuvo el título de Médico, y en seguida el de Cirujano en Gand, su ciudad natal; fué profesor de Anatomía y de Clínica Quirúrgica en la misma célebre Universidad, y después de largos años de desempeñarlas, profesor jubilado. Fué miembro de la Academia Real de Medicina de Bruselas, Cirujano en Jefe del Hospital Civil de Gand, Miembro Fundador de la Sociedad de Cirugía de Gand y correspondiente de la Sociedad de Cirugía de París, etc., y fundador y principal apóstol de esa reforma útil y simplificadora y lógica á la verdad de la polifarmacia galénica, que se convino en llamar *Terapéutica dosimétrica.*

La vida didáctica del Dr. Burggraeve puede dividirse, como atinadamente lo hace el Dr. Le Grix, en dos grandes períodos ó dos grandes fases, completamente distintas. Burggraeve-Cirujano, durante más de 40 años, y Burggraeve-Médico-Terapeuta durante todo el resto de su prolongada existencia.

Filósofo distinguido, clínico habilísimo, consumado hombre de genio y raro talento, razonador profundo, pensador de altos vuelos, fisiólogo laborioso, y poseyendo, además de estos preciosos dones una palabra fácil y un estilo elegante, claro y persuasivo, tuvo la satisfacción, pocas veces obtenida, de ver su obra, venciendo lentamente los escollos que una secular rutina debia oponerle y le opusieron, crecer, extenderse y ejercer una benéfica influencia sobre la Terapéutica Moderna.

Durante la primera etapa de su vida, desempeñó las clases de Anatomía, Histología, Patología Externa y Clínica Quirúrgica, perfeccionando hasta donde le fué posible la Cirugía de hace 40 años, tan distinta de la audaz y habilidosa Cirugía de nuestra época, y entre otras innovaciones populariza y modifica los aparatos y empaques algodonados, y publica en 1853 su obra «*Le Génie de la Chirurgie*», considerée sur le rapport des pansements, des opérations, du diagnostic, du pronostic et du traitement médical-Gand.-1 Vol.—obra que en otra época leimos con avidez, que conservamos en nuestra biblioteca, y que aún

en la actualidad, en que tan prontamente envejecen textos y autores, puede leerse con provecho.

El profesor Burggraeve aceptó su jubilación á los 60 años para consagrarse á la tarea que embargó los últimos años de su vida, no sin haber publicado hasta 1870 más de 20 gruesos volúmenes, incluyendo en ellos la Historia general de la Anatomía, estudios Médico-filosóficos, biografías de algunas de las grandes figuras de la Medicina como Vésale, Jenner, Guislain, etc.

Para conservar un campo bastante en que proseguir sus investigaciones clínicas y terapéuticas, continuó desempeñando el puesto de cirujano del hospital, pudiendo de esa manera apoyar sobre los hechos las conclusiones en que descansaban los nuevos tratamientos.

Impresionado desde 1854 por las ideas del Dr. Everard, médico de la Corte de Holanda, sobre el método de Mandt, médico del Czar Nicolás I, que administraba á dosis fraccionadas y repetidas los extractos y substancias medicinales trituradas, comenzó á ensayar el método desde luego, obteniendo alhagadores y constantes resultados.

Decepcionado de la terapéutica legada por nuestros antepasados, y de una polifarmacia rutinera y con frecuencia absurda é ineficaz, profesa sin embargo el vitalismo de Hipócrates, y tras una larga y madura incubación en 1868, crea su simplificado método terapéutico, y en 1869 expone las bases y los resultados de sus ensayos clínicos ante la Academia, pidiendo una discusión que jamás obtiene de la docta Asociación.

Persiguiendo su idea siempre, trasládase á París con el objeto de hacer práctico el manejo de las substancias más activas y de acción más evidente y comprobada de la Terapéutica, y entonces Dorvault, el célebre Dorvault, le señala y recomienda á nuestro particular amigo Mr. Charles Chanteaud, farmacéutico de primera clase de la Facultad de Paris, como el hombre activo, inteligente y vigorosamente emprendedor que le convenía. Asegurada su importantísima colaboración, el genial innovador ve realizarse sus deseos tras laboriosos y perseverantes esfuerzos para lograr en los activos glucósidos y alcaloides las dos cualidades fundamentales: una dosificación exacta y una solubilidad perfecta. El arma terapéutica de precisión está lograda, el modo de administración es fácil y está justificado.

La Dosimetría (es decir la adaptación en justa medida del medicamento á la enfermedad) está fundada. Queda entonces á sus creadores la tarea colosal de hacerla conocida, defender sus principios, justificar sus procedimientos y comprobar sus resultados.

En este período de esparcimiento y propaganda, brilla con raro fulgor la actividad y energía del maestro. Funda un «Repertorio» que casi llena con artículos de su galana pluma, tocando los temas más variados; agrupa los casos clínicos no sólo de su cosecha, sino de la de sus ya numerosos adeptos y colaboradores; contesta las cuestiones que se le someten siempre con gallardía, con ciencia y buena lógica. Un solo error comete á nuestro juicio, en esa cruzada emprendida en pro de una buena causa: fué siempre duro, sarcástico y mordaz al combatir á sus adversarios, lo cual no era en verdad el camino que conduce á la convicción. Organizó después un Congreso en París (1878) y otro en Madrid (1881) y el Instituto Dosimétrico fundado en 1874 continúa dando buenos y provechosos frutos.

Y como si todo esto acumulado no fuese una labor capaz de ocupar todo el tiempo de un hombre, puede aún, entre los 70 y 85 años, escribir y dar á

la estampa una serie de obras voluminosas, entre las cuales recordamos y conocemos el «Libro de oro de la Medicina Terapéutica;» y la «Medicina dosimétrica contemporánea» (1886); el «Guía del Médico dosimetrista» (1890); el «Expediente del Dr. Koch» (1891), y otras varias.

Pocos años después expira el contrato de Sociedad, estipulado con su infatigable colaborador, Mr. Charles Chanteaud, y se extingue esa dualidad, á cuyos esfuerzos combinados y enérgicos debe mucho verdaderamente la Terapéutica Moderna.

El distinguido reformista vuelve á su tierra natal y pasa en Gand los últimos años de su vida. En ella le acompañó hasta hace muy poco, su esposa que falleció también nonagenaria hace dos años apenas.

Duerma en paz el ilustre Dr. Burggraeve. La introducción y adopción de los alcaloides, cada día más universal y más provechosa, débese sin duda alguna en su mayor parte á su vigorosa iniciativa.

Los principios fundamentales de su terapéutica, el Vitalismo Hipocrático, podrá ser discutible y discutido, pero su obra de regeneración terapéutica quedará siempre en pie como su gloria más legítima.

Veneremos, pues, la memoria del que era designado por el Dr. Munaret como el *Hipócrates Belga.*

DR. E. L. ABOGADO.

EL SR. DR. D. CARLOS SANTA MARIA.

El 26 de Enero próximo pasado, en su ciudad natal, Durango, falleció el Dr. Santa María, que fué en verdad una de las personalidades prominentes del Cuerpo Médico Mexicano.

Laborioso, activo, observador concienzudo y clínico sagaz, ejerció con fruto su noble ministerio, consagrando también parte de sus energías á la Instrucción, distinguiéndose también en ella por sus raras aptitudes pedagógicas.

Como dice el Sr. Dr. Zárraga en el artículo que le consagró en la *Gaceta Médica*, «cometió un pecado: escribió poco.» Es la verdad. El Dr. Santa María, si las multiplicadas labores que había echado sobre sus hombros se lo hubiesen permitido, habría legado observaciones y estudios que honrasen aun más su memoria, ya justificadamente respetada y querida.

Director del Hospital Civil, Presidente del Hospicio de Pobres, Diputado al Congreso del Estado y con numerosa y escogida clientela, su desaparición ha sido profundamente lamentada por la sociedad de Durango y por cuantos tuvimos relaciones amistosas con él.

La «Crónica» pierde uno de sus distinguidos Jefes de Redacción y tributa á su memoria un homenaje de respeto.—E. L. A.

SUMARIO.

TOMO V. MÉXICO, ABRIL 1º DE 1902 NÚM. 4.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION III.

PARTICULARIDADES ANATÓMICAS DE LOS CRANEOS OTOMIES

RECTIFICACIONES AL TRABAJO DEL SR. DR. FORTUNATO HERNÁNDEZ.

En *La Gaceta Médica*, de México, del 15 de Enero de 1902, el Dr. Fortunato Hernández publicó un artículo titulado «PARTICULARIDADES ANATÓMICAS DE LOS CRÁNEOS OTOMÍES» (p. 20-23). Este artículo fué escrito según explica el autor, con el objeto de obtener la vacante que existía en la sección de Anatomía Normal y Patológica en la Academia Nacional de Medicina de México, y consiste principalmente en una descripción y medidas de un solo ejemplar de cráneo, de San Cristóbal Ecatepec y que se encuentra actualmente en la colección del Sr. Chavero.

A mi llegada á la ciudad de México á principio de este mes tuve la ocasión, con la ayuda del Sr. Dr. Nicolás León y por la bondad del Sr. Chavero, de examinar y volver á medir el mismo cráneo teniendo la penosa sorpresa de encontrar los hechos tan diferentes á la descripción publicada, que tuve que cerciorarme y satisfacerme lo más posible, en vista de las dos muy malas ilustraciones que acompañan al artículo, de que se trataba del mismo ejemplar. No se comprende cómo puede haber hecho una descripción de un ejemplar tan relativamente sencillo, un Médico y más aún si se titula Antropologista, para publicarla en seguida en uno de los periódicos de medicina más importantes del país. Una observación errónea, como es fácil comprender, no hace más que perjudicar á la ciencia y echar una sombra de descrédito sobre la antropometría, la cual, en manos de aquellos que están bien instruídos y prácticos, es la ayuda más valiosa para la *ciencia del hombre* en general.

Para hacer notar bien las diferencias que existen entre la realidad y la descripción publicada, será necesario que cite parte del artículo y en seguida

colocaré los datos referentes á los mismos puntos, que han sido obtenidos sin ninguna mala prevención por un ojo y una mano acostumbrados á exámenes de esta naturaleza y de antropometría.

Debo advertir, en primer lugar, que el cráneo de que se trata no tiene señal alguna de antigüedad y que tiene puesta en inglés la siguiente inscripción: «*The man whom this skull belonged to fell off the American dreage into the canal about two years ago.—October 15, 1891.*»—Ni siquiera hay la seguridad de que el individuo á quien perteneció este cráneo fuera un otomí de raza pura ni de origen otomí.

El ejemplar es chico, pero no *excepcionalmente* chico. Es un cráneo masculino y presenta una forma ovalada oblonga visto desde arriba, y sin ninguna deformidad, con grandes asimetrías, anomalías ó condiciones patológicas. Su tipo se asemeja bastante al de los cráneos de la familia nahuatl. A no ser por la descripción publicada, este ejemplar no merecería la pena de ocuparse de él.

Pasemos ahora á tratar de los puntos principales de ese artículo, agregando inmediatamente después los datos obtenidos al verificar su comprobación, que fácilmente puédense ratificar haciendo el examen de la pieza anatómica á que nos referimos.

Dice el Sr. Dr. Hernández y yo rectifico lo siguiente:

a)—Hay un exagerado desarrollo en los huesos de la cara;

a)—La cara presenta solamente un corto desarrollo en relación al resto del cráneo.

b)—Los rodetes muy abultados;

b)—Las líneas supraorbitarias son de tamaño regular.

c)—Curva del frontal: 108 á 109 milímetros;

c)—La curva frontal del nasión al bregma es de 12.9 milímetros.

d)—Curva ántero-posterior de los parietales: 116 milímetros;

d)—El largo del bregma al lambda no se puede medir á causa de estar muy borradas las suturas que rodean el lambda.

e)—El occipital muy extendido, diámetro occipital máximo: 115 milímetros;

e)—El occipital es de tamaño regular. El autor no nos da explicaciones sobre su diámetro occipital máximo, que es una medida que no se usa generalmente en craneometría.

f)—Los temporales muy desarrollados; la raíz transversa de la arcada zigomática muy saliente, y la apófisis zigomática muy voluminosa;

f)—El desarrollo de los huesos temporales, y de las raíces del zigoma y del mastoide, es moderado y de ninguna manera excesivo.

g)—Los tubérculos faringianos se destacan muy netamente;

g)—Sólo existe, según se demuestra claramente en la crítica de la Academia, un solo tubérculo faringial y en el presente caso es completamente indistinguible.

h)—La cara es, á la vez, muy alta (102 milímetros), muy ancha (diámetro bi-zigomático: 146 milímetros), y bastante maciza;

h)—La cara no es tampoco de una altura anormal (punto alveolar-nasión: 72 milímetros) y no existe el diámetro bi-zigomático máximo, por estar muy rotos los arcos zigomáticos. El diámetro de estos arcos antes de su ruptura era mucho menor de 146 milímetros.

i)—La nariz presenta las dimensiones siguientes: anchura superior de las fosas nasales, 13 milímetros; anchura inferior, 19 milímetros; amplitud máxima de la abertura nasal, 25 milímetros; longitud total de la nariz, 50 milímetros;

i)—No se comprenden estas medidas; la altura nasal (del nasión á la parte media del borde inferior de la abertura nasal ó á la base de la espina) es de 53.5 milimetros, y el ancho máximo de la abertura nasal de 20.5 milimetros.

j)—Las órbitas son casi cuadradas, teniendo 40 milimetros de alto por 38 de ancho;

j)—La altura de la órbita derecha es de 36.5 milimetros, y su ancho (tomando ambas medidas según el método usual) es de 40.5 milimetros.

k)—Dientes voluminosos;

k)—Todos los dientes son de tamaño moderado.

l)—El inter-maxilar es relativamente elevado (24 milímetros), y su prognatismo es muy considerable;

l)—No hay señales del hueso inter-maxilar, estando completamente fusionado, como de ordinario, al maxilar superior.

m)—El segundo molar de la izquierda, presenta una cavidad originada sin duda por la caries y obturada á la perfección por una cuña huesosa;

m)—En el molar de en medio se nota una depresión circular, la que no es raro encontrar bajo diversas formas en dientes tan gastados como éstos, y la depresión está llena de algún sedimento de color obscuro; no existe cavidad ni pasta obturadora alguna.

Sólo se requiere para convencerse de esto, como yo he podido convencer á otras personas, observar con un poco de cuidado. Lo que he manifestado no necesita comentarios.

Merece condenarse el que se publiquen una descripción y unas medidas de esa naturaleza.

Debe decirse, en honor de la comisión dictaminadora de la Academia de Medicina, que advirtió las faltas más obvias del articulo y basadas en ellas desechó la solicitud de ese candidato para miembro de la sección de Anatomía Normal y Patológica.

PROF. ALES HRDLICKA,
del Museo de Historia Natural de Nueva York.

México, Marzo 25 de 1902.

SECCION IV.

LA HEMOSTASIS QUIRURGICA

Lección inaugural del curso de *Clínica Externa* dada en el Hospital de Puebla, por el Profesor del Colegio del Estado,

DOCTOR ANGEL CONTRERAS.

Acostumbro iniciar mis cursos anuales de Clínica Externa hablando á mis discípulos de algún punto práctico y de aplicación frecuente que deban conocer desde luego, pues que al concurrir al Hospital van á coadyuvar en su esfera de acción á nuestro fin principal, que es curar á los enfermos.

En otros años me he ocupado en la antisepsia y en la anestesia, como verán vdes. en los opúsculos impresos que les he repartido; hoy trataré de la *hemostasis quirúrgica*, que por sus adelantos, forma con las dos materias enunciadas, el pedestal sobre que se ha levantado gigantesca la cirugía en los últimos años del siglo XIX.

En efecto, operar á un individuo sin que experimente dolor, ni pierda san-

gre y que cicatricen sus heridas prontamente, sin tener supuración ni sufrir él accidentes, es un triunfo sorprendente de la cirugía, que beneficia en alto grado á la humanidad doliente y que le abre inmenso horizonte á la medicina operatoria; por eso es que hoy intervenimos con el escalpelo en la mano dentro de las cavidades craneal, toráxica y abdominal con más seguridad y menos peligro del que antaño se tenía para hacer una incisión en la piel y en el tejido celular.

El aprendizaje de la hemostasis quirúrgica tienen que hacerlo vdes. en la Clínica externa; porque el curso de MEDICINA OPERATORIA, al que pertenece realmente la hemostasis, se da sobre el cadáver, y en vano se ha ensayado hacer pasar una corriente de agua colorida por las arterias de los tejidos muertos para imitar la circulación de la sangre; la diferencia es siempre muy grande.

La hemostasis, como su nombre lo indica, es el reposo ó inmovibilidad de la sangre, líquido que en nuestro organismo está siempre en movimiento para irrigar incesantemente todos los tejidos. La hemostasis quirúrgica es la suspensión del escurrimiento de sangre que sigue á la ruptura vascular.

Se comprende desde luego toda la importancia de saber dominar este escurrimiento, pues que la sangre mantiene la vida y su pérdida llevada á ciertas proporciones, puede ocasionar la muerte inmediata ó dejar al organismo en fatales condiciones; además, ciertos estados individuales, sean patológicos, como la anemia, el escorbuto, la hemofilia, etc., ó fisiológicos, como la primera edad, no soportan pérdidas de sangre ni aun medianas.

Largo, muy largo y acaso infructuoso sería enumerar á vdes. todos los medios de que disponemos para obtener la hemostasis en las distintas circunstancias que se presentan en la práctica y la historia del progreso científico porque han marchado todos esos recursos; me limitaré á hacer conocer á vdes. los que generalmente empleamos y en el uso de los cuales espero su inteligente cooperación en este Hospital.

El tipo de la hemostasis quirúrgica con sus mayores perfeccionamientos alcanzados, lo encontrarán vdes. al ver todos los medios empleados para cohibir la sangre en la amputación de un miembro; en esta operación no sólo se contiene la sangre al nivel de los tejidos divididos, sino que, gracias á Esmarch, desde hace algunos años, prevenimos con facilidad y seguridad el que la sangre llegue allí; y más aun, almacenamos ó guardamos, por decirlo así, la masa sanguinea del miembro que se va á quitar, haciéndola refluir en el torrente circulatorio del resto del cuerpo; esto último es lo que se conoce con el nombre de *isquemia* en cirugía.

La economía de sangre, obtenida por medio de la isquemia, es útil en todos los casos, dejando al individuo en mejores condiciones para sufragar los estragos de la operación y soportar la reparación; además, es un recurso supremo en ciertos casos de agotamiento individual; todavía más, la isquemia facilita mucho al cirujano la ejecución de la operación, porque no afluye á nivel de los tejidos en que se opera la ola de sangre que entorpece la ejecución de la operación; gracias á la isquemia se opera en el vivo como en el cadáver, y hay casos, como el de la extracción de una aguja ó algún otro cuerpo extraño, en los que la isquemia es de lo más favorable.

La isquemia se practica levantando verticalmente el brazo ó la pierna, y aplicándole en esta posición una venda elástica que comprima regularmente por medio de vueltas circulares imbricadas, desde la extremidad del pie ó de

la mano, hasta un lugar más próximo á la raíz del miembro que aquel en donde se va á ejecutar la operación.

La isquemia no debe usarse cuando los tejidos en donde debiera aplicarse se encuentren en algún estado de profunda alteración, como la gangrena; pues sería nocivo hacer refluir los líquidos de la región dañada en el torrente circulatorio, y aún se debe en algunos casos colocar circularmente una venda ó tubo elástico entre la extremidad alterada del miembro y la región donde se opera, para que no lleguen á ésta los elementos sépticos.

Desgraciadamente en las otras regiones del cuerpo que no son los miembros, no hay medios fáciles y seguros de obtener la isquemia.

La interrupción temporal de la corriente sanguínea entre el corazón y la región donde se opera, es el complemento necesario de la isquemia y el gran recurso á que se ha acudido desde tiempos inmemoriales para hacer la hemostasis llamada *preventiva;* pero la aplicación con este objeto del tubo elástico de Esmarch ó la venda de Nicaise, constituye el gran progreso alcanzado en este sendero; porque los otros medios empleados antes eran imperfectos, de difícil aplicación é inseguros. En efecto, antiguamente se comprimía circularmente la raíz del miembro con cualquier lazo, y aun hoy vemos que este es el recurso empleado por el vulgo y hasta por los cirujanos, cuando no se tiene otra cosa á la mano para detener una hemorragia intensa por cualquier lesión; pues debo de una vez decir que los medios de hemostasis que estoy refiriendo con aplicación á la amputación de un miembro, son también los que se usan hasta donde es posible en los otros casos de hemorragia causada por lesiones patológicas, accidentales ó criminales.

La aplicación circular de un lazo ó venda inextensa en una porción de un miembro, puede ocasionar graves accidentes, como la gangrena, si es muy intensa la compresión, ó si fuere muy suave puede no interrumpir la corriente sanguínea.

Se han aplicado también con el mismo objeto los torniquetes de Morel, de Petit, el torniquete de arco y otros; pero todos no son más que distintos modelos de aparatos en los que se recurre á un cojín para comprimir la arteria principal, y este cojín se sostiene en la raíz de los miembros por medio de una cinta ó de una varilla metálica que comprime más ó menos el resto de la circunferencia del miembro sobre que se aplica, y que se aprieta por medio de un tornillo y una tuerca, ó dando vueltas á una varilla cruzada entre las vueltas. Estos aparatos ya no se usan.

El empleo de un tubo, de un cilindro ó de una venda elástica, como las que han introducido en la práctica Esmarch y Nicaise produce muy bien la hemostasis y no tiene más inconveniente aplicado con destreza, que ocasionar la parálisis de los nervios vaso-motores temporalmente; por esta causa afluye alguna más sangre en la superficie de la herida cuando se retira el aparato elástico de detención, que cuando no se ha aplicado; pero esto se remedia con no quitar el resorte hasta que se han aplicado á nivel de la herida los medios de hemostasis definitiva ó con algunos otros recursos de que hablaré después.

Cuando se ha hecho la isquemia de los miembros se coloca el tubo ó venda elásticas á raíz de la última vuelta de la venda con que se verifica la isquemia, cuidando de que no la cubra en ningún punto para quitarla fácilmente tan luego como se ha fijado el tubo á la venda con los ganchos que tienen en sus extremidades; ó torciendo ó anudando éstas.

El tubo ó venda de detención temporal de la circulación de la sangre no

se mantiene aplicado más que el tiempo necesario para la ejecución de la operación y á veces mientras que se aplican los medios de hemostasis definitiva.

Se ha usado también como medio de hemostasis preventiva la compresión digital de la arteria principal de la región; esta compresión se hace sobre un plano huesoso cuando la región se presta á ello, así se comprime la femoral sobre el pubis, tratándose del miembro inferior, y la humeral sobre el hueso del mismo nombre para el miembro superior; la carótida se comprime sobre el apófisis transverso de la sexta vértebra cervical, y la subclavia sobre la primera costilla para hacer la hemostasis de las regiones abastecidas por esas arterias. Cuando no es posible comprimir sobre un plano huesoso, puede un ayudante experto hacer la compresión de la arteria entre las masas carnosas, y así se hace en las desarticulaciones coxo-femoral y escápulo-humeral, en las que es tan molesta la compresión sobre el hueso y tan insegura la aplicación del tubo de Esmarch aun colocado á modo del vendaje llamado *en espica*.

En lugar de la compresión de la arteria principal se puede usar su ligadura mediata; pero requiere la disección previa del tronco vascular, y puede tener graves consecuencias, por lo que sólo se aplica en casos especiales: por ejemplo, se liga la carótida primitiva á veces para quitar un tumor muy vascular del cuello ó un aneurisma; se liga previamente la lingual para hacer la excisión de alguna neoplasia de la lengua.

La compresión de una arteria gruesa por ciertas posiciones, como la flexión forzada del muslo, de la pierna ó del codo, es un recurso poco aplicable para hacer una operación: pero que no debe olvidarse para contener una hemorragia accidental mientras que se ponen en juego mejores medios.

Cuando no es aplicable la compresión de la arteria principal y se trata de algunas de esas neoplasias pediculadas naturalmente, como los pólipos, ó cuando se puede en medio de la disección ir formando pedículos, éstos se comprimen con pinzas de forcipresión de largas ramas ó lazos elásticos; esto es muy frecuente en ginecología. En otros casos se practica la compresión circunferencial de la base de la región en que se opera por medio de las manos de un ayudante ó con varillas que circunscriben la región y que tienen atados en sus extremidades lazos elásticos que pueden fijarse al rededor del tronco, por ejemplo, en la amputación de la mama; pero es poco práctico y rara vez se usa; se prefiere recurrir á los medios de hemostasis definitiva. La hemostasis definitiva es el estancamiento de la sangre á nivel de las aberturas anormales de los vasos sanguíneos. Debemos establecer una distinción fundamental según que se trata de vasos gruesos ó delgados, arteriales ó venosos.

En los vasos pequeños de cualquiera clase y en las venas de mediano calibre, el escurrimiento de la sangre generalmente cesa por sí sólo, pues se infiltra la sangre en los tejidos perivasculares, se coagula, y la compresión extra-vascular y la retracción de los vasos, tanto por la contracción en el sentido longitudinal como circular, determina la hemostasis; pero en algunos casos no se suspende la pérdida de la sangre y es preciso recurrir á medios prácticos para cohibirla.

En las arterias y venas gruesas y aun en las arterias de mediano calibre donde la sangre está dotada de una fuerte impulsión, no se contiene sola la hemorragia generalmente, es preciso obstruir la abertura del vaso y el medio por excelencia es la ligadura, que desgarra la túnica interna del vaso é invirtiéndose esta túnica lo obtura.

Para practicar la ligadura se busca el vaso en medio de los tejidos, guián-

donos por los conocimientos anatómicos cuando se ha hecho la hemostasis preventiva, en caso contrario nos guiará además del conocimiento de la anatomía de la región, el chorro de sangre que se ve brotar; una vez encontrado el vaso se toma con pinzas, y si no estuviere aislado se desprende de los otros vasos y de los tejidos que lo rodean con la ayuda de otras pinzas ó de sonda acanalada; importa mucho que quede bien aislado el vaso para que el hilo de la ligadura no se afloje y que desgarre la túnica interna, pues de otro modo se expone al paciente á la hemorragia consecutiva. Una vez que no se tiene con las pinzas más que el vaso sangrante se liga.

En los progresos alcanzados por la cirugía tiene un papel importante la clase de pinzas y de hilos que se emplean hoy para practicar la ligadura de los vasos. Antes se usaban las pinzas llamadas *de ligadura* que están formadas de dos ramas sin anillos, unidas en una sola pieza ó con un mecanismo más ó menos complicado de articulación entre sí, y tienen una corredera ó algún otro accesorio para mantener la compresión del vaso que se toma entre sus ramas; estas pinzas son muy pesadas, se desprenden de los tejidos cuando se dejan suspensas ó los arrancan, y no se pueden limpiar bien ni desinfectar; por todo esto hoy nos servimos de las pinzas hemostáticas de Péan, más ó menos modificadas; todas son pinzas de dos ramas muy ligeras, con anillos, de muy fácil articulación especialmente las de Collin, de forcipresión por muy sencillo mecanismo de engrane cerca de los anillos; con ellas se practica la hemostasis llamada *provisional*, dejándolas colgadas de las extremidades de los vasos cuando hay urgencia de aplicar inmediatamente otra pinza en otro vaso ó continuar la operación, como sucede cuando no se ha hecho la hemostasis preventiva, y hasta el fin se ponen los hilos de ligadura en todos los vasos en que fuere necesario, pues en algunos por su calibre pequeño basta haber tenido algún tiempo las pinzas de forcipresión para que ya no den sangre al retirarlas; en otras basta hacer la torsión, para lo que se fija la arteria con otras pinzas colocadas transversalmente más arriba, mientras que con las primeras se da vuelta á la extremidad del vaso al rededor de su eje longitudinal; ó según el método de Tillaux se usa una sola pinza de forma de pala con la que se tuerce la extremidad del vaso hasta que se desprende.

Algunos cirujanos americanos usan la torsión aun para arterias de grueso calibre, como la femoral; pero lo más general es que para arterias de esta importancia se haga la ligadura. Para practicar la ligadura, un ayudante debe tirar del vaso con las pinzas é inclinarlas con respecto al eje de aquel ó se dejan colgadas, y el operador pasa el hilo circularmente en la extremidad del vaso, empujándolo bastante con los dedos índices para no coger la extremidad de las pinzas dentro del asa del hilo, aprieta éste con un doble nudo y le corta en sus dos extremos como á un centímetro de distancia del nudo; cuando se teme que se desprenda la ligadura puede anudarse más ó se pasa una extremidad del hilo ensartada en una aguja curva por el espesor del vaso inmediatamente afuera del nudo, y se amarra esta extremidad con la otra.

Antiguamente se acostumbraba dejar pendiente una larga porción del hilo sencillo ó doble; pero usando, como es de precepto hoy, el catgut perfectamente esterilizado y de grosor proporcional al calibre del vaso, debe cortarse á raz del nudo y se deja perdida el asa del catgut, la cual se reabsorbe. Puede usarse la seda aséptica en lugar del catgut cuando la herida ha de quedar completamente cerrada; este perfeccionamiento es un gran elemento para ob-

tener la cicatrización inmediata de los tejidos, pues se yuxtaponen en toda su superficie cruenta y se cierran totalmente las heridas.

Con el progreso obtenido por la asepsia y por la reabsorción del catgut, es de precepto ligar también las gruesas venas, pues mientras más perfecta es la hemostasis, mejor se obtiene la cicatrización inmediata de las heridas; antes no se ligaban las venas, porque se usaban hilos no esterilizados que engendraban la supuración y á veces hasta la piohemia.

Suele suceder que el vaso que sangra tiene su extremidad hundida entre los tejidos, y es necesario para tomarla, recurrir al tenáculo, ó mejor á las pinzas de Kocher, que son como las de Péan, pero que tienen sus ramas alargadas y terminadas en pequeños ganchos.

En algunos casos el vaso está adherido ó situado entre aponeurosis ó periostio: entonces es un buen expediente ligarlo junto con esos tejidos por medio de la llamada *filopresión* que se hace circundando el vaso y los tejidos ambientes con una aguja enhebrada y atando el hilo como en las otras ligaduras; este medio tiene que ponerse frecuentemente en práctica en las heridas de la piel cabelluda.

La arteria nutridora del hueso cuando sangra mucho es preciso obstruirla con catgut ó alguna otra sustancia aséptica llevada á su interior.

Hay ocasiones en que se hace muy difícil colocar la ligadura más allá de la extremidad de las pinzas, aun usando pinzas especiales, ó se desprende fácilmente el hilo una vez puesto, mientras que con las pinzas se detiene bien la pérdida de sangre; en estas circunstancias puede dejarse en permanencia las pinzas, cuidando de colocarlas entre el apósito de modo que no se muevan y no se retiran hasta que han transcurrido uno ó más días; este procedimiento es otra de las ventajas alcanzadas con las actuales pinzas de forcipresión; en algún procedimiento de histerectomía vaginal, pinzas alargadas especiales de forcipresión, como las de Richelot, son siempre dejadas en permanencia para cohibir la hemorragia de los ligamentos anchos.

Una vez ligados los gruesos vasos sanguíneos, torcidas las arterias de mediano calibre y retiradas las pinzas que temporalmente se hubieren aplicado en los vasos más delgados, si aun hubiere hemorragia capilar ó parenquimatosa en corta cantidad y bajo forma de nata, se puede extinguir por yuxtaposición de las superficies cruentas y la aplicación de las suturas, que en caso necesario serán superficiales y profundas; pero si la pérdida de sangre fuere de más consideración ó tuviese lugar en el curso de una operación, se recurre á la compresión de plano sobre las superficies sangrantes por medio de compresas de gasa yodoformada ó de masas de algodón hidrófilo embebido de alguna solución antiséptica; si esta hemorragia se efectuare en un miembro, hay también el recurso de mantenerlo levantado verticalmente y aun de aplicar de nuevo, por corto tiempo y no muy apretada, la venda de Nicaise ó hacer la compresión digital de la arteria principal.

De ordinario la hemostasis es completa con los medios dichos, pero si no lo fuere porque algunos no se hubiesen podido aplicar ó porque la naturaleza del caso hiciera la hemorragia tenaz, como suele suceder tratándose de angiomas ó siendo los pacientes hemofilios, etc., entonces los recursos generalmente usados son la aplicación del termo-cauterio de Paquelín, llevando al rojo sombrío el botón y pasarlo rápidamente sobre las superficies cruentas ó los toques con bolitas de algodón ligeramente impregnadas de la solución oficinal de percloruro

de fierro; en estos últimos años también sé ha empleado como poderoso hemostático la solución de gelatina al 5 ó 10 por 100 en agua salada con cloruro de sodio al 7 por 1,000 y perfectamente esterilizada; se aplica esta solución lo mismo que la del percloruro de fierro, teniendo la ventaja de que el coágulo que produce, se organiza muy rápidamente y por lo tanto se facilita mucho la reunión inmediata de los tejidos.

Hay todavía otros medios físicos, químicos ó farmacéuticos aplicables contra la hemorragia, y también tenemos la exeresis no sangrienta, que consiste en obliterar y cortar á la vez por medio del constrictor lineal ú otros; pero han caído en desuso ante la excelencia de los medios de que me he ocupado, y que usados con pericia sería excepcional no dieran el resultado apetecido.

Terminaré resumiendo: cuando fuere posible se comenzará por hacer la isquemia; á ésta seguirá, ó desde el principio se aplicará el lazo elástico de detención de la circulación; si este medio no pudiere aplicarse por cualquier circunstancia se hará, si fuere posible, la compresión digital de la arteria principal de la región cuya hemostasis se quisiere; ó en casos especiales habrá que ejecutar la ligadura mediata de dicha arteria ó comprimir en masa con las pinzas de forcipresión; al final en todos casos y desde el primer momento en otros se practicará la hemostasis provisional y definitiva; la hemorragia en nata se cohibirá por medio de la compresión con masas de algodón ó gasa impregnada de substancias antisépticas, y en casos extremos con el uso del termo ó galvano-cauterio, ó el percloruro de fierro, ó la gelatina. Ciertas regiones ú operaciones especiales y algunos casos excepcionales, requieren medios hemostáticos particulares.

DR. ANGEL CONTRERAS.

Puebla, Enero de 1902.

SECCION VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: Sr. *M. Rodríguez Barragán.*

I.—Manuela Reyes.

Edad: 28 años. Casada. Costurera. De Chilapa, Guerrero. Ingresó al hospital en Diciembre 18 de 1901.

ANTECEDENTES.—Multípara, 2 partos á término. Aborto (?) el 23 de Julio de 1901. Metrorragias rebeldes. Anemia intensa. Esterilidad. El aborto es muy dudoso, debiendo atribuirse la hemorragia á las primeras manifestaciones del neoplasma.

DIAGNÓSTICO.—*Sarcoma vegetante* de la mucosa uterina. *Metritis parenquimatosa. Fibroma sub-peritoneal* del tamaño de una nuez en la cara posterior, al nivel del istmo. *Esterilidad* por cicatrización del extremo ampular de ambas trompas.

INDICACIONES.—Las de las hemorragias y las propias del neoplasma.

OPERACIÓN.—(A. Clor.)—Diciembre 21 de 1901.[1] *Histerectomia sub-total abdominal.*

Se conservaron los ovarios incluyéndolos en los ligamentos anchos. Incisión, 10 centímetros. Duración, 90 minutos.

RESULTADO.—Curación perfecta. Alta: 15 de Febrero de 1902.

2.—María Galindo.

Edad: 35 años. Soltera. Costurera en máquina. De Naolinco, Veracruz. Ingresó al hospital en Febrero 15 de 1902.

ANTECEDENTES.—Viruela en la infancia. Neumonía en 1896. Dismenorrea rebelde. Metrorragias progresivas. Enflaquecimiento. Invalidez para el trabajo. Tenesmo rectal. Síntomas de compresión pelviana.

DIAGNÓSTICO.—*Fibromas sub-peritoneales;* uno implantado en la cara posterior de la matriz produciendo aplasia y retroposición, enclavado en el fondo de saco de Douglass y del tamaño de una chirimoya. El segundo, menor que el anterior implantado sobre el fondo uterino; llega hasta la región ileocecal.

INDICACIONES.—Los síntomas de compresión determinados por el enclavamiento del tumor inferior, y la alteración constitucional debida á las menorragias y á la dismenorrea.

OPERACIÓN.—Febrero 17 de 1902. (A. clor. con 45 gramos.)—Duración: 1 hora. *Histero-oforectomia abdominal sub-total.* Incisión de 14 centímetros. Fué imposible conservar los ovarios por encontrarlos profundamente degenerados por quistes serosos y hemáticos y ser voluminosos. Peso total de la pieza: 670 gramos.

RESULTADO.—En curación; arrojó lombrices por la boca á los dos días de operada. Hasta ahora no se ha presentado ningún accidente notable.

3.—Micaela Queni.

Edad: 40 años. Viuda. Cocinera. De Puebla. Ingresó al hospital en Noviembre 12 de 1901.

ANTECEDENTES.—Dismenorrea intensa que desapareció con el matrimonio. Multípara. 2 partos de término, fisiológicos.

DIAGNÓSTICO.—*Enorme eventración. Prolapsus uterino de tercer grado.*

INDICACIONES.—Las consiguientes al defecto de estática de las vísceras pelvi-abdominales, que le impide todo trabajo.

Después de la primera operación la enferma sufrió rápida desnutrición y dolores lancinantes rebeldes á la morfina, al nivel del hipocondrio y flanco derechos, sujetándose por esto á una segunda intervención.

OPERACIÓN.—Diciembre 16 de 1901.—*Primera operación* (A. Clor.)—Curación de la eventración que exigió incisión de veinte centímetros. Resección

1 A. Clor. (Anestesia clorofórmica.)

del anillo umbilical, resección del epiplón adherido, del panículo adiposo y de un rombo de piel de diez centímetros de anchura. *Histeropexis* por el procedimiento Terrier. Sutura por planos, y profunda (en masa) con hilo metálico.

Segunda operación: Febrero 1º de 1902. *Laparatomía para-biliar derecha*, con incisión de 10 centímetros. Por la exploración, y desprendiendo con dificultad suma el epiplón engrosado por inflamación, se descubrió existir un tumor pericecal de forma oval, consistencia algo dura, superficie lisa y coloración amoratada. La zona flegmásica epiploica abarcaba una grande extensión, circunstancia que imposibilitó la intervención radical.

RESULTADO.—La primera operación produjo el mejor resultado estético á pesar de haber supurado el tercio superior de la herida por necrosis del panículo celulo-grasiento. El útero se encuentra bien fijo por las nuevas adherencias.

La segunda intervención incompleta ha producido hasta ahora mediano alivio en el dolor, quizá por haber desprendido las adherencias flegmásicas epiploicas en grande extensión. Continúa la desnutrición. Se le inyecta cacodilato de sodio.

4.—Juana Sánchez.

Edad: 40 años. Casada. Cocinera. De Durango. Ingresó al hospital en Enero 20 de 1902.

ANTECEDENTES.—Multípara, 3 partos normales á término, del primer marido. Estéril desde hace 14 años. Metrorragia en 1892 por fuerte traumatismo sobre el sacro. Desde 1898 ataques recidivantes de peritonitis pelviana de forma severa y menorrágica. Síntomas comunes de flegmasia útero-ovárica é invalidez absoluta para todo trabajo.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis. Retro-versión. Latero-versión izquierda* por predominio de las lesiones del anexo de ese lado *Para-metritis posterior exudativa. Esterilidad* de causa flegmásica. *Hidrosalpinx izquierdo.* Trompa derecha permeable.

INDICACIONES.—Las del estado flegmásico, la esterilidad y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.—Enero 27 de 1902. (A. Clor.)—*Legrado uterino. Laparotomía media supra-púbica* con incisión de 10 centímetros. Liberación muy penosa del anexo izquierdo incluído en el ligamento ancho y soldado al peritoneo del suelo de la pelvis. *Extirpación de este anexo*, con formación de pedículo muy reducido que se tostó con el termo-cauterio. *Cauterización punteada del ovario derecho* esclero-microquístico. *Cauterización punteada del peritoneo* pélvico, crónicamente inflamado. *Acortamiento del ligamento redondo derecho*, bastando para enderezar la matriz.

RESULTADO.—El que se ha obtenido hasta hoy es suficientemente halagador, y con las curaciones ictioladas subsecuentes se va obteniendo el desengurgitamiento inflamatorio del parenquima uterino. No hay exudados pelvianos. Las medianas alteraciones inflamatorias del anexo derecho y la permeabilidad tubaria, decidieron la intervención conservadora, prefiriendo ésta á la castración total. Aún no vuelve la menstruación.

5.—Petra Monroy.

Edad: 15 años. Soltera. Recamarera. De Tepexpam. Ingresó al hospital en Enero 28 de 1902.

Antecedentes.— Estrumosis ganglionar en la 2ª infancia. Enfriamiento y larga caminata el día 11 de Enero de 1901.

Diagnóstico.—*Artritis supurada* de la rodilla izquierda (forma sinovial). *Infección y agotamiento rápido.*

Indicaciones.—El dolor intenso, la infección y la flexión exagerada de la pierna.

Operación.—Febrero 5 de 1902. (A. clor.)—*Canalización* al nivel de los fondos sinoviales derecho é izquierdo. *Extensión* del miembro.

Resultado.—En curación. Mejoría lenta. Tratamiento tónico reconstituyente.

6.—Nemesia González.

Edad: 27 años. Casada. Q. D. De Guanajuato. Ingresó al hospital en Diciembre de 1901.

Antecedentes—Viruela y tifo en la infancia. Menorragias y dismenorrea desde los 16 años. Unípara. Feto muerto, macerado. Peritonitis pelviana en Enero de 1901.

Diagnóstico.—*Peri-metro-anexitis. Retro-posición adherente.*

Indicaciones.—La flegmasia. Invalidez para el trabajo.

Operación.—Diciembre 9 de 1901. (A. clor.)—*Laparotomía media supra-púbica.* Operación de Tait por estar fundidos y muy degenerados los anexos. *Desprendimiento de las adherencias* fijadoras de la matriz. *Acortamiento del ligamento redondo derecho.*

Resultado.—Curación incompleta por persistencia del útero metrítico. Se propuso la histerectomía vaginal, quedando de resolver más tarde la enferma, que se vió precisada y se le dió su alta el 20 de Febrero de 1902. Cicatriz abdominal sólida.

7.—María Romero.

Edad: 23 años. Soltera, virgen. Estanquera. De México. Ingresó al hospital en Febrero 20 de 1902.

Antecedentes.—Viruela á los 3 años. Anemia. Erisipela de la cara en 1901. Menstruación menorrágica desde los 14 años hasta la fecha. Sufrió 3 traumatismos sobre el sacro en distintas épocas. Enflaquecimiento progresivo.

Diagnóstico.—*Anteversión* congénita. *Alargamiento del cuello uterino* en sus porciones supra é infra-vaginal; *metritis virginal; degeneración escleroquística rebelde de ambos ovarios (ascitis sero-sanguinolenta,* diagnosticada durante la operación).

Indicaciones.—La rebeldía del padecimiento y la invalidez para el trabajo.

Operación.—Febrero 21 de 1902. (A. clor. 40 gramos). Legrado uterino. *Laparotomía media supra-púbica,* de 8 centímetros. *Resección cuneiforme en ambos ovarios micro-quísticos voluminosos.* Estancamiento con la gasa de 120

gramos de derrame sero-sanguinolento que había en la cavidad pelviana. No se demostraron granulaciones tuberculosas sobre el peritoneo.

RESULTADO.—En curación. Tratamiento por los tónicos nervinos, aceptando la patogenia neuro-paralítica que asigna Quimcke á estos derrames que denomina de *ascitis de las doncellas.*

8.—Abundia Lloea.

Edad: 32 años. Soltera, virgen. Q. D. De San Miguel Allende. Ingresó al hospital en Noviembre 29 de 1901.

ANTECEDENTES.—Viruela en la primera infancia; faringo-amigdalitis, rebelde á los 20 años. Menorrágica desde los 15 años. Síntomas de compresión pelviana por enclavamiento del neoplasma. Anemia progresiva.

DIAGNÓSTICO.—*Gran fibroma mural* del volumen de una cabeza de niño, con numerosos núcleos sub-peritoneales, y avanzada *degeneración fibro-quística de los anexos.*

INDICACIONES.—Los síntomas de compresión, el deterioro de la salud y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.— Diciembre 18 de 1901. (A. clor.)—*Histerectomía abdominal sub-total y extirpación de anexos* que fué imposible conservar por su profunda degeneración. Pesó el tumor y anexos: 1,150 gramos.

RESULTADO.—Curación perfecta. Se da de alta el 13 de Febrero de 1902.

9.—Julia Hernández.

Edad: 23 años. Viuda. Lavandera. De San Miguel Ocampo (Mich.). Ingresó al hospital en Diciembre 22 de 1901.

ANTECEDENTES.—Enteritis y meningitis en la primera infancia. Tifo á los 8 años. Menorrágica desde los 13 años. Multípara, 2 partos fisiológicos. Blenorragia. Pelvi-peritonitis blenorrágica, reincidente. Accidentes histeriformes. Constipación y meteorismo rebeldes.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis blenorrágica.* Inclusión intra-ligamentaria de ambos anexos prolabados. *Retro-posición adherente.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasia y la invalidez para el trabajo y la retroversión adherente.

OPERACIÓN.—Diciembre 23 de 1901. *Legrado uterino* con anestesia intraraquidea (de 0gr.02 de clorhidrato de cocaína). (A. clor.)—*Laparotomía suprapúbica* de 8 centímetros Liberación difícil de los anexos incluídos por adherencias fuertes. *Cauterización punteada y salpingostomía doble. Acortamiento de ambos ligamentos redondos* y de los alones ligamentarios. *Cauterización punteada del peritoneo pelviano.*

RESULTADO.—Curación incompleta por persistencia de exudados paramétricos. Mejoría subsecuente con las curaciones antiflogísticas de glicerina ictiolada. Persiste en salir y se da de alta el 27 de Febrero de 1902. No ha vuelto la menstruación.

10.—Jesús González.

Edad: 19 años. Soltera. Obrera. De México. Ingresó al hospital el 10 de Diciembre de 1901.

ANTECEDENTES.—Unípara, parto distócico, feto muerto.

DIAGNÓSTICO.—*Flegmatia alba-dolens puerperal.*

INDICACIONES.—Las del estado general.

OPERACIÓN.—Diciembre 15 de 1901. Evacuación de las colecciones purulentas. Canalización.

RESULTADO.—Curación tópica. Alta voluntaria el 16 de Febrero de 1902. Sale muy mejorada.

11.—Feliciana González.

Edad: 25 años. Casada. Molendera. De Querétaro. Ingresó al hospital en Enero 29 de 1902.

ANTECEDENTES.—Multípara, 2 partos de término y 1 prematuro de 5 meses por neumonía. En 1895 ataques histero-epilépticos. Ultimo parto hace 5 meses. Los ataques no han vuelto desde el último embarazo en que sufrió 2.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis. Ovaritis esclero-micro-quistica. Prolapsus de ambos ovarios. Anteversión. Flexión exagerada.* Utero blando puerperal.

INDICACIONES.—Las de la flegmasia y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.—Febrero 7 de 1902. (A. clor.)—*Legrado uterino*, ocasionándose ligera perforación del fondo uterino del lado izquierdo. *Laparotomia supra-púbica* de 8 centímetros. *Resección cuneiforme en ambos ovarios* (en el izquierdo existía hernia en forma de hongo del parenquima, semejante al hongo del testículo). *Sutura de la desgarradura uterina* aplicando encima el ligamento redondo izquierdo acortado.

RESULTADO.—Curación completa. Está para salir de alta.

12.—Julia Carbajal.

Edad: 19 años. Casada. Q. D. De México. Ingresó al hospital en Febrero 5 de 1902.

ANTECEDENTES.—Tifo y viruela en 1899. Nulípara. Dismenorrea intensa. Enflaquecimiento. Leucorrea.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis. Retroversión* y *para-metritis posterior. Endometritis intensa.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasia y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.—Febrero 12 de 1902. (A. clor.)—*Legrado uterino. Laparotomia supra-púbica;* 6 centímetros. *Extirpación de ambos anexos* profundamente degenerados. Desprendimiento de las adherencias. *Canalización* de la pelvis perforando el fondo de saco de Douglass.

RESULTADO. —En curación. Supuró la mitad inferior de la herida.

13.—Macaria Paredes.

Edad: 50 años. Soltera. Cocinera. De México. Ingresó al hospital en Enero 11 de 1902.

ANTECEDENTES.—Viruela, escarlatina, tifo, neumonía en primera y en segunda infancia. Nulípara. Menorrágica desde los 14 años. Obesidad.

DIAGNÓSTICO.—*Gran fibroma mural intra-uterino* del volumen de una to-

ronja grande; pesó 650 gramos. Hay *4 tumores subperitoneales* del tamaño de un limón en la cara posterior, los cuales determinaron síntomas de enclavamiento y de inflamación pélvica.

INDICACIONES.—Las menorragias y los síntomas de inflamación pelviana.

OPERACIÓN.—Enero 13 de 1902.—(A. clor. 40 gramos.)—Duración 90 minutos. *Histerectomía abdominal sub-total* conservándose los ovarios.

RESULTADO.—Curación completa. Cicatrización de la herida por segunda intención por fusión del panículo adiposo muy desarrollado.

14.—Natalia Valdez.

Edad: 23 años. Soltera. Q. D. De México. Ingresó al hospital en Octubre 22 de 1901.

ANTECEDENTES.—Rectitis á los 14 años que produjo prolapsus del recto desde esa edad. Menstruación retardada hasta los 20 años, siguiendo dismenorreica y con jaqueca y perturbaciones dispépticas. Temperamento linfático marcado, por su aspecto fofo y sus carnes, é infarto múltiple de los ganglios del cuello. Traumatismo sobre el sacro que exacerbó la dismenorrea.

DIAGNÓSTICO.—*Vaginismo. Ovaritis crónica micro-quística. Metritis. Prolapsus rectal* de 10 centímetros. *Atresia cervical* por hipertrofia del anillo de Bandl. *Retroversión libre.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasía crónica y la dismenorrea progresiva.

OPERACION.—Febrero 3 de 1902. (A. clor.)—*Dilatación cervical. Legrado,* Duración, 40 minutos comprendiéndose en ésta la *laparotomía supra-púbica* de 8 centímetros. *Resección cuneiforme, amplia, de ambos ovarios* esclero-microquísticos muy voluminosos y prolapsado el derecho al fondo de Douglass. *Acortamiento de ambos ligamentos redondos* (procedimiento de Spinelli). No hubo perimetritis.

RESULTADO.—Curación rápida y completa. Ofrece volver después para operarse el prolapsus rectal. Alta: Febrero 24 de 1902.

15.—Rosa Ayala.

Edad: 39 años. Viuda. Costurera. De México. Ingresó al hospital en Enero 16 de 1902.

ANTECEDENTES.—Multípara, 7 partos fisiológicos y dos abortos. Estreñimiento.

DIAGNÓSTICO.—*Hernia crural* de 2 años. *Entero-epiplocele inflamado.*

INDICACIONES.—La inflamación del saco y la cabeza intestinal.

OPERACIÓN.—Enero 17 de 1902. (A. clor.)—*Curación radical.*

RESULTADO.—Curación completa y rápida.

16.—Gregoria González

Edad: 32 años. Casada. Q. D. De Michoacán.

ANTECEDENTES.—Viruela, paludismo (en Veracruz), fiebre amarilla. Menorragias exacerbadas por un traumatismo. Multípara, 3 partos fisiológicos.

Laringitis crónica simple á frigore. Ligera afonía. Enflaquecimiento progresivo.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis. Peritonitis pelviana.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasia.

OPERACIÓN.—Febrero 24 de 1902. (A. clor.)—*Castración total por vía abdominal y vaginal.* Canalización vaginal.

RESULTADO.—En curación.

17.—Catarina Calderón.

Edad: 50 años. Viuda. Planchadora. De Cuautla., Mor. Ingresó al hospital en Diciembre 16 de 1901.

ANTECEDENTES.—Paludismo en la infancia. Traumatismo en la región hipogástrica.

DIAGNÓSTICO.—*Absceso estercoral* de la pared abdominal anterior.

INDICACIONES.—Las de la flogosis.

OPERACIÓN.—Diciembre 18 de 1891. Evacuación del foco.

RESULTADO.—Curación tópica. Está casi enteramente curada.

18.—Vicenta Carmona.

Edad: 22 años. Soltera. Recamarera. De México. Ingresó al hospital en Diciembre 27 de 1901.

ANTECEDENTES.—Tifo y sarampión en la infancia.

DIAGNÓSTICO.—*Hernia crural* de 1 mes, *entero-epiploica. Mal de Bright.*

INDICACIONES.—Los fenómenos de estrangulamiento.

OPERACIÓN.—Febrero 26 de 1902. (A. clor.)—*Curación radical.*

RESULTADO.—En curación. El choque traumático provocó fenómenos agudos de Brightismo que van cediendo á la administración de cafeina y estricnina.

19.—Antonia Jaramillo.

Edad: 38 años. Soltera. Molendera. De México. Ingresó al hospital en Septiembre 26 de 1901.

ANTECEDENTES.—Fibroma del mesenterio. Síntomas de compresión pelviana.

DIAGNÓSTICO.—*Fibroma del mesenterio.*

INDICACIONES.—Los síntomas de compresión.

OPERACIÓN.—Primera operación (DR. TOUSSAINT), Septiembre 28 de 1901. *Laparotomía media* con incisión de 14 centímetros. Encontrándose el tumor fuertemente adherido á las vísceras abdomino-pelvianas, no se extrajo y sólo se puncionó un foco purulento que presentaba.

Segunda operación: Enero 25 de 1902. *Laparotomía sobre la incisión anterior.* Al despegar el tumor de sus adherencias se dividió el uretero izquierdo, que se suturó abocando el cabo superior dentro del inferior. *Canalización de la pelvis.* Duración de la operación: 3 horas. Septiembre 3 de 1902. *Nefrectomía lombar.* Pedículo cogido con 2 pinzas de Doyen, á permanencia por ser difícil la ligadura.

RESULTADO.—Murió por agotamiento el día 10 de Febrero de 1902, con temperatura de 34 grados.

20.—María G. de Mireles.

Edad: 21 años. Casada. Q. D. De Tepozotlán (Puebla.). Ingresó al hospital en 1º de Febrero de 1902.

ANTECEDENTES.—Tifo en la infancia. Aborto de 5 meses hace dos años, quedando con menorragias abundantes. Peritonitis pelviana en 1901. Ataques de histeria desde la edad de 13 años.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis. Retroposición. Perimetritis aguda. Trompas impermeables. Hidrosalpinx y neurato-salpinx. Endometritis.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasía.

OPERACIÓN.—Febrero 10 de 1901. (A. clor.)—*Legrado uterino. Laparotomía suprapúbica* de 8 centímetros. *Decorticación del anexo izquierdo* incluído en el ligamento ancho. *Cateterismo de las trompas* impermeables. *Extirpación de ambos anexos. Acortamiento de ambos ligamentos redondos.*

RESULTADO.—Alta voluntaria el 24 de Febrero de 1901. Sale con la herida casi cicatrizada.

21.—Eufemia Elizalde.

Edad: 30 años. Viuda. Lavandera. De México. Ingresó al hospital en Septiembre 21 de 1901.

ANTECEDENTES.—Estéril. Menorragia y dismenorrea intensa. Traumatismo en la región iliaca izquierda con fuertes dolores y abundante metrorragia. Leucorrea post-mensual.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis esclero-quística subaguda. Anexos prolapsados.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasía.

OPERACIÓN.—Enero 10 de 1902. (A. clor.)—Legrado. Celiotomía suprapúbica de 10 centímetros. Extirpación de la ámpula de ambas trompas impermeables. Abocamiento del resto de las trompas á la superficie del ovario. Punción de los quistes ováricos. Desprendimiento de adherencias peritoneales que mantienen el útero en retroposición. Acortamiento de ambos ligamentos redondos.

RESULTADO.—En curación. Cicatriz completa. Sólo queda ligera endometritis.

México, Febrero 28 de 1901.

DR. FRANCISCO HURTADO.

DR. IGNACIO PRIETO.

SECCION XXVIII

REVISTA

DE LA

PRENSA MEDICA EXTRANJERA

The Medical Review.—(Enero de 1902).—EL SIFÓN EN LA TORACENTESIS, por el Prof. L. Bard.

En este número de la acreditada revista inglesa, hallamos descrita la aplicación del sifón á la toracentesis, hecha recientemente por el profesor arriba mencionado, quien la dió á conocer por medio de la *Revue Médicale de la Suisse Romande.*

Dados los peligros de la operación en cuestión, se ha aconsejado diversos recursos para esquivarlos. Así, algunos autores recomiendan no extraer más de 200 ó 300 gramos de líquido; Dieulafoy dice que no deberá pasarse de un litro; y Potain limita la cantidad por extraer, á la mitad de la presunta cantidad de derrame. Otros autores dan mayor importancia á la fuerza de aspiración que al volumen de líquido que debe evacuarse. Petres, por ejemplo, asigna como máximum de dicha fuerza 20 mm. de mercurio. Bard juzga arbitrarias estas reglas y dice que ninguna de ellas puede normar la conducta del médico en todos los casos, pues que en muchos de ellos se podrá extraer, con gran ventaja para el enfermo, mucho más líquido del que permite la aplicación de las reglas citadas, en tanto que en otros casos la extracción de una cantidad aún pequeña, sería nociva. Bard acostumbraba, al practicar la toracentesis, guiarse por las sensaciones del paciente, haciendo cesar el chorro tan luego como aquel acusaba opresión ó la disnea se hacía ostensible. Pero este recurso fundado en un fenómeno subjetivo no es de gran valor toda vez que hay enfermos que se quejan con suma facilidad, mientras otros, más tolerantes, se quejarían tardíamente. Así pues, un medio *objetivo*, indicante del momento oportuno en que debe uno detenerse en la extracción del líquido pleural, sería realmente de gran utilidad, y Bard cree haberlo encontrado valiéndose del sifón ó sea un tubo de caucho, en lugar del aspirador.

Se hace uso de una aguja semejante á la del aspirador de Potain, prefiriendo una que esté hecha de una sola pieza á fin de evitar los ajustes que pudieran no impedir del todo la entrada del aire. El tubo del trócar tiene un calibre de 2,5 mm., y está en conexión lateralmente con un tubo de goma elástica de un metro de longitud, que se ajusta por el otro extremo con otro tubo de vidrio del mismo calibre, de 25 cent. de longitud. Este tubo está dividido en centímetros. En el momento de operar, la extremidad libre del tubo de vidrio se halla sumergida en un líquido aséptico. Sentado el paciente, se hunde el trocar en el 8º espacio intercostal. En el momento de cerrar la llave, el hecho de que el tubo está á un nivel inferior al de la superficie del líquido, pone á cubierto de la penetración del aire en caso que la presión intrapleural fuere negativa. Ordinariamente es positiva y en grado suficiente para expulsar por el tubo parte del líquido constitutivo del derrame; y si el escurrimiento de

este fluido se hiciere esperar, un esfuerzo de tos bastará casi siempre para establecer el escurrimiento. También puede cargarse de antemano el sifón. Tan luego como éste se haya llenado y haya dejado escapar algunas gotas—las suficientes para desalojar el aire del sifón—se extrae del vaso el tubo de vidrio. Se oprime entonces el tubo de goma para detener la corriente que se ha establecido y se coloca el tubo graduado verticalmente formando ángulo recto con la cánula del trócar. Al punto se producen oscilaciones en la columna líquida visibles á través del vidrio, las cuales son originadas por los movimientos respiratorios.

El nivel del líquido en el tubo indica con cierta aproximación la presión intrapleural.

Las oscilaciones de la columna varían de ordinario entre+2 ó 3 y+8 ó 10 cent. Las inspiraciones forzadas ó la tos pueden hacer que las oscilaciones excedan fácilmente los límites mencionados. El nivel expiratorio de las oscilaciones durante la respiración tranquila es inferior al límite superior de la matitez que la percusión muestra.

Una vez determinada la presión, se abate el tubo de modo de permitir la evacuación del líquido pleural, cuyo escurrimiento se regula elevando ó bajando la extremidad libre del sifón. Es bueno interrumpir la corriente, de tiempo en tiempo, para juzgar del estado de las oscilaciones respiratorias como al comenzar la operación. El momento oportuno para detener la extracción es cuando las oscilaciones se mantienen entre—5 ó 6 y—1 ó 2. Hay que advertir que estas indicaciones sólo tienen valor cuando no ha penetrado aire en el aparato. Si este contratiempo se presentare, será preciso dejar escapar rápidamente una parte del líquido el cual arrastrará al exterior el aire. Hacia el fin de la operación la medida de la presión intrapleural puede ser falseada por la aplicación del pulmón contra el orificio interno de la cánula. La única dificultad para hacer la lectura del nivel del líquido del tubo depende de la tos y de los movimientos respiratorios anormales que se presentan sobre todo en las personas nerviosas. La condición esencial para el buen éxito de la operación está en suspender la extracción del líquido intrapleural tan luego como el nivel del líquido en el tubo de vidrio descienda más allá de la cánula como ya se dijo. La respiración se mejora desde luego y sin accidentes consecutivos y al decir del autor del método, este puede procurar los mejores resultados.

ALBERTO NAVA.

México, Marzo 27 de 1902.

Revista especial de Terapéutica.—LA MEDICACIÓN TONI-CARDIACA, por el Dr. E. Monin.—(La Dosimétrie. Rev. d'Alcaloidothérapie.—Fév. 1902. 8ème. année, núm. 2).—A pesar de ser un punto bastante conocido, por la capital importancia que reviste y la frecuencia con que es preciso usar de ella, la *medicación toni-cardiaca* debe tenerse constantemente presente en la memoria y es por ello por lo que nos ha complacido la lectura del artículo del Dr. Monin que en breves líneas nos proponemos extractar.

«Centralizada la vida, desde Aristóteles hasta Claudio Bernard, en el corazón, su debilidad entraña una indicación terapéutica que á cada instante aparece en nuestra práctica, ya sea luchando contra enfermedades agudas, ya sea vigilando las enfermedades crónicas.» Así comienza el Dr. Monin y afir-

mando un hecho indiscutible preconiza con justicia su tratamiento alcalóidico, aunque sin ocuparse por haberlo hecho ya en otro artículo, de la *digitalina*, ese maravilloso tipo de los tónicos cardiacos.

Ocúpase primero de la *Estrofantina* glucósido extraido del *estrofantus, kombé* ó *hispidus*, y usado generalmente granulado (gránulos Ch. Chanteaud, al décimo de miligramo). Aumenta considerablemente la energía cardiaca elevando la presión vascular y provocando por ello secundariamente la diuresis. En los casos graves dando un gránulo cada tres horas, nótase desde luego la desaparición de los edemas, el pulso se aortisa, como dice Bucqoy, desaparece la aritmia y la dispnea, presentándose la poliuria.

Fraser lo recomienda sobre todo en la estenosis mitral estando netamente contraindicada en la arterio-esclerosis, con aortismo ó angor verdadero. En las insuficiencias mal compensadas de la válvula mitral, las cardiectasias de tuberculosos y cardioplegias de alcohólicos y fumadores, prescríbense con éxito de 2 á 6 gránulos en 24 horas; la nefritis albuminosa tal vez contraindica el uso de la tintura del estrofantus, pero no el de la Estrofantina Chanteaud que no irrita el epitelio del riñón.

La *cafeina*, que también se emplea en gránulos de á 1 centígramo del mismo autor, es un medicamento neuro-vascular y diurético notable obrando sobre la actividad cerebro-medular y sobre los músculos lisos y estriados. Es un alimento dinamóforo y energético, antagonista de la fatiga, casi específico del cansancio físico y mental. Su influencia y acción comburente y conservadora de la energía, ejércese por su acción estimulante sobre la médula. La diuresis que el citrato de cafeina hace aparecer al cabo de una media hora, probablemente emana de la excitación directa del epitelio renal.

En las paresias cardiacas, hipo-sistólicas, cardioplégicas ó cardio-atáxicas (Huchard) con edema, anuria y congestiones, se administran 10, 20 y más gránulos por día; debiendo preferirse el *valerianato de cafeina*, también granulado al centigramo, en la neurastenia con alternativas de excitación y depresión del sistema nervioso y cuando los síntomas revelan una falta de equilibrio en la circulación encefálica. El arseniato de cafeina (granulado por Ch. Chanteaud al miligramo) se reserva para la medicación eupneica; en el asma verdadera ó cardíaca y sintomática de debilidad del miocardio, en el enfisema, en la dispnea brightica se halla bien indicada. Zenetz de Varsovia y el Dr. Monin condenan las dosis altas de cafeina aconsejando el no pasar de 20 centigramos *pro die*.

La *Guaranina* Ch. Chanteaud es una modificación alotípica que parece poseer una acción vital electiva sobre los ganglios cardíacos. Conviene á los cardiópatas y tuberculosos por su acción sobre las funciones de nutrición y digestión.

La *Esparteina* (granulada al centigramo) que en la actualidad disfruta de tanta aceptación, úsase á la dosis de 6 á 10 gránulos diarios con siempre iguales y brillantes resultados; tonifica el miocardio, robustece la sístole, aumenta la presión arterial y regulariza la tensión vascular. Su acción estimulante, rápida y enérgica, tiene la inmensa ventaja de poder utilizarse sin temor aún en las lesiones valvulares, cuando la digitalina puede acarrear gravísimos peligros. Laborde la ha llamado pintoresca y propiamente el *metrónomo del corazón*. Fortifica su tonicidad, domina la dispnea cardiaca, las palpitaciones y angustias neuropáticas, las perturbaciones reflejas cardiacas de orígen gástrico y la depresión circulatoria de los morfinómanos y nicotinómanos. Más que

un excitante eventual es un analéptico del miocardio; en los aórticos, en los asténicos cardíacos por esteatosis, en los agotados y deprimidos, en los histéricos é hipocondriacos, con palpitaciones, etc., da hermosos resultados; para obtenerlos no hay que olvidar que debe ministrarse por *dosis refractas*. Germain Sée, el distinguidísimo terapéuta tan conocido y familiar entre nosotros, recomendó la administración por dosis refractas frecuentemente repetidas de la esparteina para obtener mejores resultados. Un concienzudo y distinguido apoyo de los que amamos la alcaloidoterapia.

El Dr. Monin, para terminar, recomienda la esparteína con el yodoformo (10 gránulos de cada uno al día) para la difícil curación de la arterio-esclerosis y no olvidarla jamás, como medicamento de urgencia en los casos graves de pericarditis, neumonía, fiebre tifoidea, etc., etc., en que la medicación toni-cardiaca puede salvar de la muerte muchas víctimas.

LAS ASOCIACIONES ALCALOÍDICAS.— Dos médicos distinguidos y terapéutas concienzudos cuyos frecuentes escritos sobre esta importantísima rama de la Medicina, los han hecho bien conocidos en el mundo médico, han insistido á menudo y con justicia sobre las ventajas que en la práctica se obtienen con el uso prudente y acertado de las medicaciones alcaloídicas combinadas. Tanto el Dr. Toussaint como el Dr. Salivás en París, apoyando al distinguido Profesor de Terapéutica de Turín, Dr. Laura, han abogado calurosamente no sólo en favor de la alcaidoterapia *simple* por decirlo así, sino en favor de ciertas asociaciones que, como las admirables agrupaciones que forma la Naturaleza para producir cuerpos totalmente distintos y con disímbolas propiedades, pueden convertirse en agentes terapéuticos de inestimable valor. Y no por un exclusivismo indebido é injustificado, sino por razones enteramente admisibles, la mayoría de los terapeutas actuales han circunscrito considerablemente la forma de administración de los medicamentos.

Los antiguos *pozuelos* por ejemplo están casi olvidados y rara, muy rara vez los vemos formulados por algunos médicos que aún no han podido sacudir el yugo de la rutina. Las *cucharadas* son más frecuentemente usadas, pero su uso está ya restringido á la aplicación de las substancias poco activas, así como los *papeles* destinados al fraccionamiento de las pulverulentas é insolubles que también se administran en *obleas* ó *cápsulas*. Pero para la medicación alcaloídica y activa la lucha se estableció entre la *solución* y el *gránulo*, triunfando al fin este último, tanto por su fácil administración como por la dosificación exacta que en él se ha logrado ya, su inalterabilidad y su acción rápida, por su rápida absorción debida á su completa solubilidad.

En un reciente artículo del Dr. Salivás, inserto en la misma publicación que el anterior, además de las ventajas ya enunciadas, de administración fácil, dosificación exacta é inalterabilidad en cualquier clima, señala su comprobada eficacia por su constante efecto terapéutico; la facilidad para el práctico de retener en la memoria el tratamiento y dosis en las más variadas enfermedades; la posibilidad de llevar consigo los medicamentos más importantes para las graves emergencias de la práctica médica civil, como sucede también con los preparados para inyecciones hipodérmicas; la menor probabilidad de errores en la administración de los medicamentos; y aún la menos interesante pero también atendible cualidad, de ser medicación económica hasta cierto punto para los pacientes.

Y estas ventajas han sido últimamente puestas más en relieve aún, por la creación de nuevos gránulos en que se han asociado alcaloides, glucósidos y

substancias más ó menos activas, cuya combinación es evidente y racionalmente fructuosa en el tratamiento de determinados y comunes estados morbosos.

Los mencionados terapéutas elogian las asociaciones que, bajo el nombre de *gránulos compuestos* ha ofrecido al Cuerpo Médico, la acreditada casa de Charles Chanteaud, viéndose en este elogio no una vulgar *réclame* comercial, sino un tributo de justicia realmente merecido por una farmacia que desde hace 30 años se dedica á la granulación de los alcaloides.

De esos productos farmacéuticos, que son de buena cepa y que entran á la Terapéutica por la buena vía, científica y leal, nosotros hemos empleado ya algunos y ya podemos con los resultados clínicos obtenidos justificar su acción.

Enmedio de esa avalancha de medicamentos nuevos, característica de la época actual y ante la cual en distintos escritos, hemos pretendido se levante un dique para garantir la salud del público indocto hasta donde es posible, enmedio de esa avalancha, repitamos, vemos con frecuencia surgir al lado de panaceas ridículas engendradas por el empirismo, productos y combinaciones en extremo felices. Poco á poco, ese es al menos nuestro propósito, deseamos ir haciendo la *selección tácita*, por decirlo así, de los nuevos remedios que hoy inundan nuestro mercado.

Algunos compañeros, entre ellos nuestro estimado amigo el Sr. Dr. José de J. González, de León (Gto.), nos han prometido auxiliarnos en esa tarea, escribiendo sus observaciones sobre tales ó cuales productos cuyo valor hayan podido apreciar clínicamente; el Dr. González inició la serie de estos análisis escribiendo poco ha sobre el *Protargol*, como recordarán nuestros lectores, y pronto esperamos se ocupe de alguno ó algunos de los otros agentes terapéuticos que en estos momentos gocen de mayor ó menor prestigio, para asignarles su verdadero valor.

Vastísimo es el campo en que podemos espigar y grande el beneficio que de esa labor puede recogerse, si la buena voluntad, la buena fe y la severidad y escrúpulo en la observación clínica, se aduñan siempre para escribir esos artículos en que, sin antipatías injustificadas y sin preferencias indebidas, procuremos dar á cada quien lo suyo.

La medicación activa que entraña la Alcaloidoterapia merecerá por nuestra parte la preferencia, porque en ella, más que en ninguna otra, es preciso puntualizar bien las indicaciones y determinar con precisión el empleo de armas que, por su misma precisión, deben ser manejadas con habilidad para que puedan recogerse con ellas los éxitos evidentes que sin duda alguna proporcionan.

Dr. E. L. Abogado.

Accidentes mortales determinados por el suero anti-diftérico.— Ultimamente, según vemos en la *Sémaine Médicale*, la prensa ha señalado los numerosos y trágicos accidentes producidos en diversas partes de Lombardia (Milán, Bérgamo, Brescia, Novara y Trevisa) con el *suero anti-diftérico* procedente del Instituto Sueroterápico de Milán, dirigido por el Prof. Belfanti. Dicho suero, contenido en ampolletas de vidrio, cerradas con un tapón, causaron pocas horas después de inyectadas, la muerte de más de 20 niños con síntomas bien marcados de *tétanos*.

La multiplicidad y ubicuidad de los casos alejaron la hipótesis de que dependieran de falta de asepsia al ejecutar las inyecciones; la causa de la terrible infección y lamentables desastres residía evidentemente en el suero mismo.

Se han hecho numerosas hipótesis para explicar la causa de tantas defunciones, pero de todos modos existe en el fondo una punible negligencia, pues toda precaución es poca al tratarse de la preparación de sueros de tan comprobada energía.

El Gobierno y el Municipio han emprendido una minuciosa investigación de los hechos para determinar si existen responsabilidades. Pero de todos modos, esto demuestra la necesidad de ser en extremo cauto para la adopción de medios terapéuticos que pueden llevar la salud y también originar la muerte.

NOTAS

EL SR. DR. D. DANIEL GARCÍA.

Este apreciable amigo nuestro y laborioso compañero cuyos artículos, publicados en la *Crónica*, han merecido ser reproducidos en Europa, nos recomienda demos las gracias más expresivas á los siguientes colegas tanto por la reproducción que han hecho en sus columnas de varios de sus trabajos, como por las frases benévolas que, *Le Correspondant Médical*, por ejemplo, se sirven dirigirle.

Las publicaciones aludidas son las siguientes:

«Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas.» Madrid.—«La Medicina Científica en España,» Barcelona.—«Le Correspondant Médical,» París.—y «The Medical Review. Medical and Surgical Review of Reviews,» de Londres, que en su número de Febrero próximo pasado publicó el extracto de la observación recogida por el Sr. Dr. García sobre *Hipertrofia mamaria de la pubertad* con una lámina amplificada y tomada de la fotografía que acompañó al texto de la observación.

Cumplimos con gusto este deber, congratulándonos de que ya comience á tomarse nota allende el mar de la labor del Médico Mexicano.

NUEVAS PUBLICACIONES.

Hemos tenido el gusto de recibir los «Anales de Oftalmología Hispano-Americanos» que se editan en Madrid, bajo la dirección del Dr. Menacho, de Barcelona, del Dr. Santos Fernández, de la Habana y del Dr. Demicheri de Montevideo; y el *American Medicine*, de Philadelphia, 1321 Walnut St., bajo la dirección de un distinguido grupo de facultativos de aquella culta y avanzada capital de la vecina República.

Correspondemos con gusto y dejamos establecido el cange de costumbre con estos colegas, cuya aceptación corresponderá sin duda á lo escogido de su material.

COMPROBANTES DE CIRCULACION.

Por el recargo que generalmente tenemos de material, sucede con frecuencia que á última hora nos vemos precisados á retirar parte y aún á veces la totalidad, ya sea de la «Revista de la Prensa Médica Mexicana» ya sea la de la Prensa Extranjera ó ya nuestras *Notas*.

Desde el número pasado debió insertarse el siguiente recibo de la Admón. de Correos B. de la remisión principal de 94 kilos, que con otras dos remisiones de 10½ kilos en los días siguientes, dan un total de 104½ kilos representando el reparto y circulación en la República del núm. 2 de nuestra *Crónica*.

Complácenos en extremo este progresivo desarrollo de nuestra publicación, porque siendo mayor el número de nuestros colaboradores, mayor será el contingente científico que podamos recoger de la colectividad y mayor por ende el valor que pueda tener la *Crónica.*

«Administración de Correos en México.—Sucursal B., D. F.—Febrero 7 de 1902.

Recibí de la CRONICA MÉDICA MEXICANA estampillas por valor de *tres pesos setenta y seis centavos*, porte correspondiente al peso de 94 KILOS de artículos de segunda clase.—8 p. m.—Por el Administrador, *J. Ayala.*

RETARDO INVOLUNTARIO.

La multiplicidad de días feriados en la segunda quincena del mes que acaba de terminar, cuya última semana redujo á 3 los días útiles, ha hecho que nuestro periódico sufra un pequeño retardo que nuestros lectores galantemente excusarán.

EL SR. DR. EDUARDO LICEAGA.

En los momentos de entrar en prensa nuestro periódico, sabemos que este distinguido facultativo, enfermo de cierta gravedad, se encuentra un poco mejor.

Deseamos sinceramente el pronto restablecimiento del muy estimable Sr. Dr. Licéaga.

FISIOLOGIA HUMANA POR EL DR. L. LUCIANI.

A reserva de un artículo bibliográfico que nos ha prometido uno de nuestros más laboriosos y distinguidos colaboradores y que bien merece esta obra realmente notable, acusamos recibo de las entregas 9 y 10 de ella, recordando á nuestros lectores que los pedidos deben dirigirse al Sr. Antonio Virgili, Editor. Calle de Rosellón 106. Madrid, Esp.

LA PATRIA DE CERVANTES.

El último número de esta amena publicación literaria que hemos recibido de Febrero próximo pasado, núm. 14, Tomo 3º. Contiene: Cuentos de otros mundos.—Fruto temprano.—Un millonario del Cabo; la mina de oro de Seldón.—Una niña intrépida.—Cuentos Orientales, Man Sayah.—La venganza del Conde Lassede.

Madrid, Bailly-Baillière é Hijos, Editores. Precio del número: una peseta (en España).

SUMARIO.

TOMO V. MÉXICO, MAYO 1º DE 1902 NÚM. 5.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Societé Obstetricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

UN CASO INTERESANTE DE ENVENENAMIENTO

POR LAS SEMILLAS DE LA THEBETIA ICCOTLI.

Observación clínica tomada por el Dr. Daniel García, de la Facultad de México,
Mayor Médico Cirujano de Ejército,
Director del Hospital Militar de Tepic, premiado por la Secretaría de Guerra, etc., etc.

Voy á referir un caso de envenenamiento por la ingestión de las semillas de una planta que crece en nuestras costas y que en la clase popular tiene cierto prestigio curativo; prestigio que ha despertado en no pocas personas. la idea de especular con la referida sustancia lanzando á la terapéutica vulgar una pomada á la que se atribuyen propiedades casi infalibles para el tratamiento de las hemorroides. Ignoro si algunas pomadas antihemorroidales de fórmulas secretas que se venden en las droguerías bajo diversos nombres y acompañadas de certificados de enfermos y demás elementos de *réclame*, tengan por base la mencionada sustancia; pero el hecho es que en nuestro pueblo se prepara una pomada que es muy usual y que se recomienda por empíricos de unos á otros; me refiero á la preparada con las semillas de la planta llamada *Thebetia Iccotli* (De Candolle), *yoyotli*, en mexicano, *codo* ó *muela de fraile*, en la sinonimia vulgar y perteneciente á la familia de las apocináceas.

El caso, en mi concepto, no carece de interés, porque siendo la planta bastante conocida y más todavía sus semillas que tienen fama de ser venenosas, sólo una imprudencia ó una casualidad podrían reproducirlo y aún así, no siempre podrían recogerse sus interesantes datos clínicos.

Cuando llegó al Hospital de mi cargo el enfermo á que voy á referirme, concurrieron varios factores, que confieso con toda sinceridad, hicieron el

caso verdaderamente difícil para mí, y no tengo embarazo alguno en decir también las dificultades con que tropecé y sus detalles, porque de cualquier modo que sean, siempre fueron una enseñanza en mi vida práctica de médico.

Feliciano Rodríguez, Guarda del 8o Cuerpo Rural, de 28 años de edad, robusto, muy bien acondicionado, ingresó al Hospital Militar de esta Plaza, presentando los síntomas de un delirio de persecución exagerado; predominando la idea de que personas que estaban á su lado le dirigían puñaladas á las regiones precordial y epigástrica. Su locuacidad era extraordinaria y algunas veces las palabras eran tan rápidamente pronunciadas que se hacían ininteligibles. La piel en algunos momentos se le cubría de sudor abundante, coincidiendo con náuseas que á veces se transformaban en verdaderos vómitos, arrojando con esfuerzos inauditos pequeñas cantidades de mucosidades enteramente limpias.

Las extremidades estaban muy frías. La respiración anhelante é irregular. El pulso exageradamente frecuente (no me fué posible contarlo).

Las pupilas dilatadas y muy poco sensibles á la acción de la luz.

La sensibilidad conjuntival casi perdida. Meteorismo ligero y emisión involuntaria de orina en alguna de las exacerbaciones del delirio, eran los síntomas que completaban el cuadro. No me fué posible tomar la temperatura; pero por el tacto podía apreciarse que no había elevación considerable.

Careciendo por completo de datos anamnésticos, mi primera idea fué que Feliciano Rodríguez presentaba probablemente una infección tal vez palúdica, revistiendo la forma delirante quizá en el segundo ó tercer acceso y pronostiqué un desenlace fatal en el caso de que un tratamiento enérgico no diera resultado. Afirmaba más mi idea de atribuir el cuadro al paludismo, el hecho de haber atendido en el hospital hacía pocos días á un enfermo de fiebre perniciosa de forma delirante y haber atendido otros en mi clientela civil, revistiendo la misma forma.

Por otra parte: en esta región de la República, el impaludismo bajo todas sus manifestaciones, unas muy comunes y otras más ó menos raras, se observan en todo el año, exacerbándose como es natural, en determinadas épocas.

Debo confesar que el cuadro que presentaba mi enfermo, difería bastante de los casos clínicos á que he hecho referencia; pero esto no me hacía vacilar en mi diagnóstico, porque sabemos perfectamente cuán variable es en sus manifestaciones la intoxicación palustre. Apoyado en mi idea, con toda conciencia procedí á tratar al enfermo aplicándole inmediatamente una inyección hipodérmica de un gramo de clorhidrosulfato de quinina; además, le administré una poción diaforética. La poción exacerbó la náusea y el vómito; manifestándome este hecho una exagerada irritabilidad de la mucosa gástrica: pretendí administrar algunas pociones antieméticas sin gran resultado positivo; quedando, pues, reducido á combatir sólo por la vía hipodérmica ó por la vía rectal. Transcurrieron dos horas y en nada se modificaba el estado del paciente. Como notase que aumentaba el meteorismo me apresuré á administrar una lavativa de agua, glicerina y esencia de trementina á las dosis usuales; el efecto no se dejó esperar: una abundante defecación alivió algo al enfermo porque disminuyó el meteorismo; media hora después una evacuación espontánea produjo cierta calma en el estado general del enfermo, y su delirio era relativamente más tranquilo.

Alentado por el efecto que había observado, no tuve inconveniente en aplicar otra inyección de quinina; transcurrieron algunas horas, el estado de mi

enfermo permanecía el mismo en el momento de la segunda inyección; como notase que volvía á aparecer el meteorismo, administré un purgante de calomel y escamonea y esperé tranquilamente el resultado.

Al día siguiente, el enfermero me manifestó que el paciente aunque no tuvo vómitos, pasó la noche muy agitado y pronunciando palabras incoherentes. En la madrugada tuvo dos evacuaciones abundantes, viniendo poco después un sueño profundo que duró tres horas. Al despertar, su inteligencia estaba muy torpe y á la locuacidad de la noche anterior sucedió una especie de mutismo del que con dificultad salía pronunciando palabras sin sentido. Tomó sin dificultad 500 gramos de leche.

A la hora de la visita observé lo siguiente: pupilas dilatadas, mucosas oculares más sensibles, pulso, 76; temperatura normal, nada de meteorismo ni de enfriamiento de las extremidades; el semblante, como el de un idiota; manifestaba un esfuerzo intelectual extraordinario para comprender las preguntas que se le dirigían, contestándolas trabajosamente con monosílabos ó con palabras sin sentido; á veces solía llevarse la mano á la región precordial, como si sintiera angustia en ese lugar.

Tratamiento: tercera inyección hipodérmica de clorhidrosulfato de quinina, una poción tónica, dieta de leche.

A medio día hubo otra evacuación abundante.

En la tarde, el mismo aspecto que en la mañana; ninguna modificación produjo la inyección hipodérmica. A las seis volvió á aparecer el meteorismo: administré otra lavativa de agua, glicerina y esencia de trementina, y ordené la vigilancia minuciosa del enfermo durante la noche; durmió la mayor parte de ella, y al despertar comenzaron á despejarse sus ideas.

Al día siguiente era mucho mejor el estado del enfermo. Contestaba perfectamente á las preguntas que se le hacían; pero se notaba cierta vacilación, cierto disgusto cuando se le interrogaba acerca del origen de su enfermedad.

Mi enfermo poco á poco fué entrando en una convalecencia franca, y á los pocos días fué dado de alta.

Al tercer día de tratamiento, cuando la tempestad comenzaba á disiparse, cuando los fenómenos generales graves iban cediendo, cuando mi conciencia de Médico se preguntaba por qué mecanismo se había curado mi enfermo, planteándose tantos problemas como surgen en los casos difíciles; por una de tantas casualidades hablé con el Jefe del 8º Cuerpo Rural, y su primera pregunta fué inquirir noticias de Feliciano Rodríguez que me había mandado al hospital, envenenado por haber comido una semilla de *codo de fraile*, según constaba en el parte dado por el Jefe del Destacamento de Navarrete.

A la consideración de mis compañeros, dejo la sorpresa que recibí con semejante noticia que iluminó la obscuridad en que me encontraba con respecto á la enfermedad que estaba tratando; y digo obscuridad, porque en realidad yo no tenía certeza absoluta de mi diagnóstico; mis suposiciones se fundaban como expuse al principio, por carecer absolutamente de datos que pudiera dar el paciente ó sus allegados, en la constitución médica reinante, en el hecho de ser frecuente la forma delirante del impaludismo y en el de que, aunque era un poco rara la sintomatología de mi enfermo, el paludismo reviste tantas y tantas formas, que no me parecía imposible encontrar una verdaderamente anómala.

Después de transcurridos algunos días, cuando estaba en el pleno uso de sus facultades intelectuales, convencí al enfermo de lo necesario que era que me refiriese con cuantos detalles pudiera el origen de su mal.

Tras algunas vacilaciones, me refirió lo siguiente: cerca de Navarrete vió un arbusto cargado de frutas que confundió con otras que en el año anterior había tomado con verdadero placer; como las actuales tenían sabor desagradable é ignoraba por completo que fueran venenosas, probó el contenido de una de las semillas que suponía tendrían buen sabor, tomó pues, el contenido de una sola, y sin desecharla por su sabor amargo, la ingirió toda: momentos después sintió náuseas terribles y un dolor intensísimo en la región epigástrica acompañado de alucinaciones de la vista, cosa verdaderamente curiosa, pues todos los objetos los veía de un color que no puede precisar. Repentinamente perdió la conciencia de sus actos y no conserva ni el más ligero recuerdo de sí mismo durante el período grave de su intoxicación. Me refirió que al entrar en convalecencia, unas veces tenía su memoria enteramente clara y en otras la perdía por completo.

El caso que acabo de relatar tiene en mi humilde concepto, bastante interés bajo cualquier punto de vista que se le considere.

Las semillas del *yoyotli*, como dije al principio, son muy empleadas en la terapéutica vulgar para la curación de las hemorroides: las semillas amasadas con sebo constituyen un tópico para curar dicha enfermedad, se usan con más frecuencia de lo que parece, y hasta personas de cierta ilustración ven en esa sustancia uno de los mejores específicos. Va más allá la vulgaridad: hay personas que tienen la firme convicción de que llevando consigo una semilla de yoyotli, se precaven de las hemorroides como lo haría el mejor profiláctico.

Dice la «Farmacopea Mexicana,» edición de 1896, que las semillas del yoyotli contienen, según Herrera (véase «La Naturaleza,» tomo 2°, página 187), entre otros principios, aceite fijo no secante, caseína vegetal, materia extractiva y *tebetosa*, que es el principio tóxico.

Los experimentos de los Dres. Hidalgo Carpio y Toussaint, comprueban que la *tebetosa* es sin duda el principio activo. De sus experimentos sobre diversas clases de animales resulta que la tebetosa es un veneno muy activo, aun á la dosis de cinco centigramos y que, además de obrar como un emético violento, paraliza el sistema muscular de la respiración, y aun los demás músculos de la vida de relación.

Por lo expuesto se ve que esta sustancia debe clasificarse entre las modificadoras de la inervación y de la miotilidad. modificando la excitabilidad nerviosa y la contractibilidad muscular, es decir, que corresponde al orden de los venenos neuro-musculares.

Por los datos clínicos recogidos ¿á qué sustancia de las del orden mencionado se parece por sus efectos? Opino porque se aproxima á los efectos producidos por las solaneas virosas, y de ellos á los de la belladona y los de la datura.

La dilatación de la pupila, la aceleración del pulso, las alucinaciones, el delirio furioso, después la postración, la dificultad de los movimientos voluntarios, son fenómenos que se observan en la intoxicación por las solaneas mencionadas, fenómenos que, como se sabe, son más ó menos marcados, según la cantidad ingerida.

No podemos olvidar el hecho de que la belladona y su alcaloide á pequeñas dosis, excitan el gran simpático y las fibras lisas, de donde procede la dilatación de la pupila, la contracción de las arteriolas, y por consecuencia, el aumento de la presión sanguínea y naturalmente el aumento de las pulsacio-

nes cardiacas, de los movimientos respiratorios y de otra serie de fenómenos bastante conocidos.

Si analizamos los datos clínicos que recogí á la cabecera del enfermo, nos llamará sin duda la atención la dilatación de la pupila, el delirio, el sudor, las náuseas, los vómitos, la frialdad de las extremidades, la respiración acelerada, la frecuencia del pulso, la emisión involuntaria de orina; datos que por sí solos, dicen elocuentemente que el gran simpático fué alterado de alguna manera, lo mismo que las fibras lisas, de cuya mayor ó menor excitación han resultado como consecuencia legítima, perturbaciones en la presión sanguínea y la serie de fenómenos mencionados.

Si creemos pues, en una excitación del simpático y de las fibras lisas, debemos clasificar el principio activo del *yoyotli*, es decir, la *tebetosa* entre los modificadores de la inervación y de la miotilidad, es decir, en el orden de los neuro-musculares, asemejándose por sus efectos á los que producen en general las solaneas virosas, y en particular á los producidos por la belladona ó la datura.

Si aceptamos que la tebetosa es una sustancia asimilable á las clasificadas por la ciencia, entre las neuro-musculares, es decir, entre los modificadores de la inervación y de la miotilidad y que se parece en sus efectos á los de la belladona ó la datura, sin hacer un esfuerzo poderoso, se explica fácilmente el prestigio que tiene en nuestro pueblo, la pomada confeccionada con las semillas de *codo ó muela de fraile* para el tratamiento de las hemorroides: aplicada en el esfincter anal y más ó menos profundamente en el recto en cantidad suficiente, relajará las fibras como lo hace la belladona; distendiéndolas, disminuirá naturalmente la constricción que el anillo produce sobre los paquetes hemorroidales inflamados y si no los destruirá, por lo menos mitigará uno de los síntomas más molestos y que constituye la desesperación de los enfermos: el dolor. La aplicación continuada de la pomada popular, sostendrá el relajamiento del esfincter, el paquete será fácilmente reductible y una sedación agradable calmará al enfermo.

Si el tratamiento va acompañado de ciertos cuidados que podríamos llamar higiénicos, que preconizan empíricamente los panegiristas del remedio y que se trasmiten sistemáticamente de unos á otros, y si las hemorroides están en condiciones favorables para sufrir las transformaciones necesarias para llegar á su curación sin la intervención quirúrgica, natural es que la pomada de que tanto hemos hablado ocupe un lugar muy prominente en la terapéutica casera.

Tal vez mis apreciaciones estén plagadas de errores; tal vez mi observación clínica sea imperfecta; pero mis apreciaciones y mi observación han sido hechas de la mejor buena fe y con el objeto de que compañeros más ilustrados emprendan estudios encaminados si es posible á enriquecer con un nuevo elemento terapéutico, la materia Médica nacional.

Tepic, Marzo de 1902.

DR. DANIEL GARCÍA.

FIEBRE TIFOIDEA.

EPIDEMIA DE MAYO
Á NOVIEMBRE DE 1901.—TRATAMIENTO PUESTO EN PRÁCTICA POR EL QUE SUSCRIBE.

(Apuntes dedicados como testimonio de amistad al
Sr. Dr. D. E. L. Abogado.)

Este método es tan sencillo como eficaz, si se pone en práctica desde las primeras horas en que se declara la enfermedad; instituyéndolo cuando las alteraciones patológicas del intestino y demás órganos se hayan efectuado, presta todavía á mi humilde modo de ver más esperanzas que cualquier otro. Consiste, pues: 1º En destruir lo antes posible las deyecciones de los que sufran la Dotinenteria y desinfectar todo lo que haya estado en contacto con estas mismas. 2º Colocar al enfermo en una habitación de fácil ventilación y con un abrigo que para él sea natural; otro tanto pudiéramos decir con respecto á la luz, advirtiendo también que la ropa blanca y las de cama se deberán desinfectar y asolear todos los días. 3º Sujetarlo á una dieta absoluta, permitiéndole tan sólo el primer día, después de la administración de un purgante oleoso compuesto de aceite ricino y calomel, según la edad, tomar á pasto solución de azúcar hecha con agua recientemente hervida. 4º A las 24 horas de esto, dar al paciente á toda hora limonada vinosa, hecha también con agua recientemente hervida y una dosis de benzonaftol cada dos horas, según la edad; si hay estreñimiento, poner lavativas boricadas cada 24 horas hechas al 2 por 100 en cocimiento de manzanilla; y si por el contrario, hay diarrea, agregar al benzonaftol salicilato de bismuto y, para evitar la hipostasis pulmonar, es indispensable cambiar con frecuencia de postura al enfermo. 5º Desde que la hipertermia exceda de 39°5 y se presenten fenómenos nerviosos graves (hemicrania, agitación y delirio) poner á la cabeza agua fría y practicar lociones generales también frías cada dos horas, proscribiendo en lo absoluto los antitérmicos, analgesina y congéneres, porque haciendo estas substancias la depresión del corazón, entorpecen el filtro renal que es el gran eliminador de los detritus orgánicos y patológicos. 6º Con estos medios sencillos sostengo en lo general al paciente, hasta después de la segunda semana, época en que permito (además de seguir con todo lo dicho diez ó quince días más después de haber cesado la hipertermia, porque antes de este tiempo las heces fecales conservan su virulencia) la alimentación progresiva con substancias que en su mayor parte sean líquidas.

No me ocupo en estos breves apuntes de la sintomatología del tifus abdominal, primero, porque esto lo han hecho con acabada perfección los maestros, entre ellos los ilustres Trousseau y Lœffler; y segundo, porque repetir lo que dichos autores consignan en sus obras sería inútil é inoportuno insistir sobre puntos bien conocidos. En esta concisa nota sólo quiero decir lo que he visto, por lo que también nada recordaré de los desórdenes anatomo-patológicos del ileotius, porque en mi aislamiento he tenido la desgracia de no poder hacer la necroscopia de ningún individuo muerto de esta enfermedad.

Como prueba de mi aserto, he recogido 50 casos tan característicos, que en ninguno de ellos faltó la roseola típica del abdomen y la exfoliación epidérmica correspondiente, lo mismo que el dolor íleo-cecal y la timpanitis.

Chiapa de Corzo, Enero de 1901.

Dr. Querubín S. Bezares.

SECCION VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE MARZO DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodriguez Barragán.*

22.—Agustina Elizararrás.

Edad: 27 años. Casada. Q. D. De México. Ingresó al hospital el 24 de Febrero de 1902.

ANTECEDENTES.—Amigdalitis rebelde en la juventud. Anemia. Retardo de la menstruación (21 años) que revistió el carácter menorrágico y dismenorreico, haciéndose amenorreica por espacio de un año. Abortó de dos meses en 1898 quedando leucorreica.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis.* Ovarios descendidos é incluidos en los ligamentos anchos. *Esterilidad* por la lesión genital. *Cloro-anemia.*

INDICACIONES.—Las de la flegmasía y la alteración constitucional. La esterilidad.

OPERACIÓN.—Febrero 28 de 1902. (A clor. con 90 gramos).—Duración: 80 minutos. *Legrado uterino. Histero-ooforectomía abdominal sub-total.* Incisión de 8 centímetros. Solamente se pudo conservar el ovario izquierdo microquístico; después de haber resecado una cuña mediana. Intervención laboriosa por las múltiples adherencias peritoneales.

RESULTADO.—Curación completa y rápida. Vientre indoloro. Mejora el estado constitucional. Alta: el 12 de Abril de 1902.

23.—Sra. C. G. de N. (Clientela particular del Dr. Hurtado.)

Edad: 32 años. Casada. Q. D. De México. Se atiende y se opera en su domicilio.

ANTECEDENTES.—La madre murió de lesión aórtica. Padre artrítico. Dismenorréica desde la instauración menstrual, sufrió repetidos ataques de peritonitis pelviana, que la obligaron á guardar cama y á curarse durante varios años. Siendo soltera aun la familia no aceptó la intervención quirúrgica que propuso el Dr. Hurtado el año de 1894. Casó de 28 años. Multípara: dos partos de término, necesitando el primero el parto manual por inercia uterina; extracción manual de la placenta, puerperio accidentado, originándose sub-involución. El segundo parto se verificó tres años después, exagerándose la sub-involución hasta constituirse la retroversión de la matriz que persiste hasta la fecha de la operación. Queda igualmente anexitis izquierda. El 15 de Enero le

1902 abortó un huevo de dos meses, quedando una metrorragia rebelde á todos los recursos terapéuticos que se emplearon. La constitución general de la paciente se deteriora hasta hacerse neurasténica.

INDICACIONES.—La cronicidad del padecimiento genital revelado desde la nubilidad y exacerbado por los partos y trabajos domésticos excesivos.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis*, datando de la juventud. *Degeneración escleroquística de los ovarios. Quiste ovárico.* (Diagnosticado durante la práctica de la operación). *Retroversión libre. Neurastenia generalizada.*

OPERACIÓN.—Marzo 5 de 1902. (A clor. con 45 gramos).—Legrado uterino. *Celiotomia supra-púbica*, con incisión de 6 centímetros. *Extirpación del anexo izquierdo*, que presentó quiste ovárico del tamaño de una naranja é hidrosalpinx mediano. Se conservó el anexo derecho, encontrando permeable la trompa y el ovario moderadamente esclerosado. No se demostró inflamación del peritoneo pelviano. *Acortamiento de ambos ligamentos redondos*, por el cual queda la matriz en anteversión moderada. Duración: 60 minutos.

RESULTADO.—Curación operatoria rápida. Se levanta la enferma después de 10 días. A fines del mes y correspondiendo á la fecha de las reglas, sufre ligera congestión del anexo derecho, la cual mejora en pocos días por el reposo y el *viburnum prunifollium*. No apareciendo el flujo menstrual, la enferma, que es muy pusilánime, cree que no se ha curado y deplora que no se le haya realizado la castración total, á la cual estaba dispuesta de acuerdo con el esposo y en razón de la cronicidad de la dolencia. Se procura convencerla que se procedió con cordura, en vista del examen atento de sus órganos genitales durante la operación.

NOTAS.—Se concluye pensando que la avanzada degeneración del anexo izquierdo, data en esta enferma desde la pubertad y que el ovario útil ha sido siempre el derecho. El resultado terapéutico es difícil de valorizar tratándose del fondo neurasténico que hace á estas enfermas inconformes, sea cual fuere la operación que se practique. Entraña igualmente el concepto de que es forzoso propalar la urgencia de tratar estas rebeldes manifestaciones genitales, á pesar de la virginidad de las interesadas. Se instituyó el régimen moral, higiénico y terapéutico conducente para curar la neurastenia.

El 8 de Abril vino la regla, duró tres días, fué abundante, y después de ella, la enferma siguió bien desapareciendo la congestión anexial.

24.—Delfina Gutiérrez.

Edad: 25 años. Soltera. Q. D. De Salamanca. Ingresó al hospital el 8 de Marzo de 1902.

ANTECEDENTES.—Sarampión en la infancia. Reglas ligeramente menorrágicas desde los 14 años. Unípara. Parto de término y fisiológico el año de 1901. Durante la lactancia sufrió tifo y pneumonía y sus reglas se adelantaron ocho días en cada periodo menstrual, quedándole leucorrea mucosa y dolor en la región del sacro. Estéril por la lesión genital.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis quística*. El anexo derecho hace relieve en el fondo de saco vaginal. *Retroversión uterina adherente.*

INDICACIONES.—La flegmasía y la esterilidad que esta produce.

OPERACIÓN.—Marzo 12 de 1902. (A clor. con 50 gramos).—Duración: 80 minutos. *Legrado uterino. Celiotomia supra-púbica.* Incisión de 8 centímetros.

Extirpación del anexo derecho, muy crecido por hidrosalpinx y quiste seroso del ovario, del volumen de una toronja. *Resección* del tercio externo de la trompa izquierda impermeable por hidrosalpinx. *Resección cuneiforme* en el ovario escleroquístico. *Salpingo-sindesis*. Desprendimiento de antiguas y resistentes adherencias peritoneales que producían la retroversión. *Acortamiento* de los ligamentos redondos para curar esta situación anormal y dolorosa. *Cauterización punteada* del peritoneo pélvico.

RESULTADO.—Al principio siguió bien. Al fin del mes sobrevinieron exudados pelvianos que ascendieron hasta el nivel del ombligo; reacción febril y atonía intestinal, cuyos accidentes disminuyeron hasta casi desaparecer mediante el plan curativo descongestionante que se empleó. Ya muy mejorada la enferma insiste el marido en sacarla del hospital el día 1º de Abril.

NOTA.—El caso era de indicación formal de castración total, pero debido á la edad de la enferma creimos más indicada la intervención que apuntamos. La esterilidad era absoluta por la impermeabilidad tubaria. Es difícil formarse un criterio exacto de la marcha posterior de estos hechos, por la indocilidad de las enfermas, quienes una vez que han salvado el riesgo que creen que *corren* con la operación, no se penetran de la necesidad de un tratamiento post-operatorio perseverante y continuado aún por muchos meses, conducta que creemos que será la indicada en semejante emergencia. Es por lo tanto, difícil averiguar el decurso posterior de estas enfermas que con frecuencia no se vuelven á presentar en la consulta.

25.—Nemesia González.

(Véase el núm. 6 del Estado del mes de Febrero.)

ANTECEDENTES.—Después de haber salido del hospital el día 20 de Febrero, volvió á ingresar el día 12 de Mayo y refirió: que por continuar sufriendo dolor pelviano y serle difícil el trabajo doméstico acepta el consejo que le dimos de practicarle la extirpación total.

OPERACIÓN.—Marzo 14 de 1902.—(A Clor. con 40 gramos.) Se hace por segunda vez la *celiotomía abdominal*, debridando la reciente cicatriz. Se encuentran admirablemente reparados los planos músculo-aponeuróticos de la pared ventral. Los muñones de la doble extirpación de los anexos que se realizó el día 9 de Diciembre de 1901, presentaron inmejorable aspecto, habiéndose adherido el epiplón á estos últimos, así como al fondo de la matriz. Esta no había aumentado de volumen. *Histerectomía subtotal*. Duración: 50 minutos.

RESULTADO.—Curación rápida. Cicatriz por primera intención. Alta: el día 18 de Abril de 1902.

NOTA.—Es notable la persistencia del dolor, que sólo explica el estado anormal de la inervación del útero metrítico, que se conservó en la primera intervención efectuada en Diciembre. Al presentar á esta paciente á la consideración de la H. Academia N. de Medicina, opinó el Sr. Dr. D. Julián Villarreal porque habría de necesitar más tarde la castración uterina por vía vaginal, y hubiéramos seguido su consejo si la consideración de cerciorarnos de la reconstitución operatoria de las paredes del vientre no nos hubiera incitado á preferir la repetición de la celiotomía abdominal.

26.—Lucía Sánchez.

Edad: 22 años. Casada. Costurera en máquina. De Real de Tlalpujahua (Mich.) Ingresó el 5 de Marzo de 1902.

ANTECEDENTES.—Viruela y sarampión en la infancia. Reglas menorrágicas y dismenorreicas desde los 13 años. Multípara: 2 partos prematuros de 7 meses, en 1897 y 1899. Aborto de 3 meses en Mayo de 1901 seguido de peritonitis y metrorragia que se repitió tres veces. Sigue menorrágica hasta por 15 días después de cada menstruación, exacerbándose cada vez más el dolor que irradia de los flancos hacia el hipogastrio. En Agosto de 1901 practicó el legrado uterino en el hospital Ginecológico «González Echeverría» el Sr. Dr. D. Julián Villarreal, y como siguiera sufriendo la enferma, le propuso el mismo doctor la extirpación útero-anexial que por entonces no aceptó. La atendió después durante algunos meses el Sr. Dr. D. Ignacio Prieto, y logró convencerla de la necesidad de la curación operatoria radical, para cuyo efecto ingresó al servicio el día 5 de Marzo.

DIAGNÓSTICO.—*Degeneración microquística de los ovarios.* El útero se encontró á la exploración muy poco crecido y poco sensible, lo que explicó el inéxito del legrado anterior.

INDICACIONES.—Las consiguientes á la rebeldía del proceso degenerativo indicado.

OPERACIÓN.—Marzo 16 de 1902. (A. Clor. con 30 gramos.) Duración 30 minutos. *Celiotomía suprapúbica* de 6 centímetros. *Resección cuneiforme é ignipuntura en ambos ovarios.*—Se encontraron permeables y de aspecto normal las trompas de Falopio.

RESULTADO.—Curación rápida y completa. Alta: el día 17 de Abril de 1902.

27.—Simona G. de V.

Edad: 48 años. Casada. Q. D. De Teocaltiche. Se atiende y opera en un hotel por recomendación del Sr. Dr. D. Jesús Lemus, con quien nos asociamos para curarla.

ANTECEDENTES.—Tifo exantemático en 1894. Cario-necrosis consecutiva del maxilar superior, quedando fístula bucal por mucho tiempo, hasta que termina la eliminación espontánea de fragmentos óseos necrosados. Multípara: 5 partos de término y fisiológicos. Ningún antecedente ginecopático, excepto el haber arrojado por la vagina gran cantidad de líquido seroso el año de 1895, y que atribuímos á hidrosalpinx fluente. Menopausia en 1896. En Junio de 1901 comenzó á sufrir las perturbaciones consiguientes á la formación del tumor ovárico, dominando entre ellas el dolor de carácter compresivo, constipación y desnutrición de la señora, la cual gozó antes de excelente salud y sobrellevó toda su vida las rudas faenas que le imponía el cuidado de su propiedad rural. Algún facultativo de Guadalajara le dió el consejo de que viniese á operarse de su tumor, encaminándola con el Dr. Lemus, quien tuvo la bondad de que nos asociáramos con él para atenderla.

DIAGNÓSTICO.—*Gran cisto-epitelioma ovárico izquierdo, unilocular, de amplio pedículo.*

INDICACIONES.—Las propias del neoplasma.

Operación.—El 24 de Marzo de 1902. (A. Clor. con 50 gramos.) Duración 90 minutos. *Ovariotomia* por decorticación, para suprimir el pedículo incluído en el ligamento ancho izquierdo y adherido al fondo y cara posterior de la matriz. La incisión sub-umbilical fué de 10 centímetros. Se puncionó el quiste de contenido melicérico y tapizado de grandes núcleos neoplásicos ulcerados, típicos del epitelioma. No hubo que desprender ninguna adherencia con el epiplón y las vísceras cercanas.

Resultado.—Curación rápida. Cicatriz resistente y poco visible por haberse empleado la sutura intradérmica. Solamente sufre algunos días después de catarro intestinal atónico y refiere haber arrojado algunas varas de *tenia solium.* Está próxima á regresar á Teocaltiche.

28.—Luisa Cortés.

Edad: 29 años. Casada. De Texcoco. Sirviente. Ingresó al hospital el 17 de Marzo de 1902.

Antecedentes.—Urticaria en la juventud. Tifo en 1894. Casó antes de los 13 años en que aparecieron sus reglas, siendo dismenorréica los primeros meses. Desde hace 8 años y progresivamente, el dolor menstrual de carácter congestivo se hace intolerable hasta producir la invalidez física, siéndole imposible ejecutar todo esfuerzo sostenido desde hace un año. Esterilidad.

Diagnóstico.—*Peri-metro-anexitis quística.*

Indicaciones.—Las de la flegmasia; la esterilidad y la invalidez para todo trabajo.

Operación.—Marzo 26 de 1902. (A. Clor. con 55 gramos.)

Duración: 60 minutos. *Histero-ooforectomía sub-total*, por celiotomía suprapúbica de 6 centímetros, puncionándose con el aspirador Potain el hemosalpinx derecho del volumen de una naranja y el hemosalpinx izquierdo más pequeño que el anterior. El útero y los anexos formaban un magma compacto por su íntima fusión, debido á la fuerte y antigua peritonitis existente; siendo imposible todo intento de conservación, ni aun de porciones de glándula ovárica por su profunda degeneración.

Resultado. Curación rápida y completa. Está para salir.

29.—Rosa Páez.

Edad: 53 años. Viuda. Sirviente. De Amecameca. Ingresó al servicio el día 3 de Marzo de 1902, pasando del de Ginecología por la amabilidad del Sr. Dr. D. Francisco Altamira, Jefe de Clínica de la Facultad, quien nos la cedió para que la operáramos por súplica que le hicimos, deseando tratar un caso clínico complicado de cáncer uterino.

Antecedentes: En 1900 sufrió infarto pulmonar.—Multípara: Dos partos normales de término, el último hace 14 años. Un aborto de dos meses, acentuándose después de él la sintomatología de la metro-anexitis crónica. Menopausia á los 46 años. Desde Mayo de 1901 comenzó la alteración constitucional que produce y es propia del cáncer uterino. Sufre tres metrorragias severas en distintos meses que en consorcio con la desintegración necrótica del neoplasma, traducida por leucorrea serosa, la agotan, haciéndole hidrohémica hasta un grado alarmante.

DIAGNÓSTICO.—*Carcinoma vegetante del cuello uterino*, con propagación al cuerpo y al parametrio, produciéndose enclavamiento de la entraña. Toxemia neoplásica avanzada. Degeneración cancerosa de toda la pared anterior de la vagina.

INDICACIONES. Las propias del neoplasma y como contraindicación, admitida por la generalidad de los cirujanos, la extensión de la neoformación, no obstante la cual probamos intentar por primera vez la extirpación mediante la técnica que en seguida se expone.

OPERACIÓN.—5 de Marzo de 1902.—(A clor. con 50 gramos.)—Cauterización amplia del hongo canceroso por vía vaginal. Fué imposible en virtud de la extensión de parametrio invadido, tratar de hacer la amputación alta del cuello. Por *celiotomía suprapúbica*, se amputó el cuerpo degenerado y los anexos normales; se cauterizó la superficie de sección, para evitar la infección y el ingerto canceroso de la serosa peritoneal; se ligaron las arterias uterinas desprendiéndolas con alguna dificultad del tejido celular infiltrado por el cáncer; se cortó el uréter derecho á dos centímetros cerca de su abocamiento á la vejiga, y se apartó para incluirlo después dentro de la cavidad vesical; se extirpó todo el parametrio, demostrándose que los ganglios iliacos no estaban crecidos, reconstituyendo el peritoneo pelviano por la sutura continua, ocluyendo la herida del abdomen por sutura de planos. En seguida se extirpó la pared anterior de la vagina disecándola de la pared inferior de la uretra, que por esta circunstancia, quedó falta de apoyo. Taponamiento de la cavidad pelviana con gasa de yodoformo hervida, para disminuir la proporción de esa substancia, á la vez que para esterilizar el material de curación.

Decurso post-operatorio: La apirexia se ha mantenido hasta la fecha. Supuró la herida del vientre por infección que se hizo por la absorción capilar de la orina sobre del apósito, y debido al poco cuidado de la enferma de no avisar para que se le sondease su vejiga algunas veces durante la noche. Eliminó grandes colgajos de tejido celular esfacelado por la herida del vientre, y en la actualidad, está próxima á cerrarse ésta, merced á la antisepsia lograda con el peróxido de hidrógeno empleado á débiles dosis.

La falta de apoyo de la pared inferior de la uretra ocasionó ulceración de la vagina, por el escurrimiento de orina. Eliminó tejido celular necrótico por esta vía, y actualmente (mes y medio después de operada), comienza á repararse la cavidad pelviana por el proceso de granulación que avanza más cada día.

Las fuerzas de la enferma han mejorado visiblemente y ha engordado. Se va á comenzar á inyectarla clorhidrato de quinina y cacodilato de sodio; la primera sal con el fin de estudiar la veracidad de la afirmación de Jaboulay y otros cirujanos, quienes afirman haber visto reducirse los carcinomas de varias regiones del cuerpo, haciéndose operables cuando antes de inyectarse la sal quínica no lo eran, por la vasta extensión que revestían. En curación.

NOTA.—La importancia práctica de esta observación, así como la de las que siguen á continuación, hace que estas observaciones sean verdaderamente provisionales desde el punto de vista de las indicaciones operatorias, topografía y formas histológicas de los neoplasmas, técnica operatoria, etc., reservándonos para otra oportunidad y con mayor acopio de datos y experiencia amplificarlas, dando cuenta con el resultado tardío de las intervenciones que nos proponemos seguir ejecutando, á pesar de lo atípico de la situación que entraña y, que en resumen, procuramos indicar á propósito de cada observación.

30.—Romana Ortega.

Edad: 37 años. Viuda. Cocinera. De Apam. Ingresó al hospital el 20 de Marzo de 1902.

ANTECEDENTES.—Sarampión. Viruela y paludismo en la infancia. Menorragia desde los 15 años, hasta 1884, durando 7 días la menstruación. Multípara: 4 partos normales en 1884, 1887, 1890 y 1893. Atribuye su padecimiento actual á un enfriamiento que recibió por no haberse cambiado las ropas después de haber resistido fuerte llovizna, sobreviniéndole por esta causa intensa dismenorrea congestiva que persiste desde 1899.

Sufre alternativas de constipación y diarrea, y desde hace diez meses varias metrorragias que la han ido agotando progresivamente. Fué operada incompletamente (suponemos que por legración del hongo canceroso) en Julio de 1901, por los Dres. Valdés y Carrillo, anestesiándose con facilidad por el cloroformo. No se obtuvo resultado satisfactorio, pues al mes volvió la hemorragia, acentuándose la anemia y exacerbándose cada día más los dolores característicos del cáncer.

INDICACIONES.—La hemorragia, el dolor y la desnutrición la hicieron aceptar la intervención que le propuso el Dr. Hurtado, quien presentó á la señora á la Sociedad de Cirugía, teniendo la satisfacción de que el Sr. Dr. D. Ramón Macías nombrado para reconocerla, opinara en el sentido que debía operarse, y en consecuencia, volver á sufrir la anestesia clorofórmica.

DIAGNÓSTICO.—*Carcinoma vegetante del cuello del útero*, extendido al parametrio sin invadirlo totalmente; con mediano enclavamiento. Anemia específica avanzada. Soplo sistólico en la aorta abdominal. Tonos cardiacos debilitados. No existe lesión cardiaca.

OPERACIÓN.—Marzo 26 de 1902. (A clor. muy accidentada desde el principio por espasmo glótico repetido; se mantiene la lengua fuera con la pinza apropiada. Se consumieron 55 gramos.)—Cauterización de la superficie ulcerada del cuello. Celiotomía supra-púbica con incisión de 10 centímetros. *Histero-ooforectomia subtotal.* Cauterización del cuello por el vientre. Extirpación del parametrio invadido. La cavidad pelviana quedó visiblemente libre de la producción neoplásica; los ureteros pudieron aislarse; la ligadura de las uterinas se hizo correctamente; y al ir á proceder á suturar el peritoneo pelviano el cloroformador avisó que la enferma no respiraba. Se hicieron todas las tentativas usuales á fin de salvarla y todo fué inútil, muriendo por *síncope cardiaco.*

RESULTADO.—Muerte por la anestesia clorofórmica. La familia no permitió que se hiciera la necropsia.

31.—Eduarda Rodríguez.

Edad: 30 años. Viuda. Sirviente. De México. Ingresó al hospital el 10 de Marzo de 1902.

ANTECEDENTES: Ninguna enfermedad anterior. Multípara: 2 partos normales y 1 prematuro de seis meses. Reglas regulares hasta hace 4 meses que comenzó, según cree, la actual enfermedad, iniciándose ésta con leucorrea y abundante metrorragia; dolores pelvianos que se irradian al miembro inferior derecho; rápido enflaquecimiento y debilitamiento de las fuerzas, hasta sentirse por completo agotada.

DIAGNÓSTICO.—*Cáncer del cuello del útero de forma vegetante*, propagada al cuerpo del útero y al parametrio, así como á los fondos de saco de la vagina. Toxemia neoplásica incipiente.

INDICACIONES.—El rápido avance de la enfermedad.

OPERACIÓN.—Marzo 31 de 1902. (A clor. fácil y con 60 gramos.) Duración 90 minutos. Siguiendo la técnica ya descrita, se extirpan los genitales internos, el parametrio invadido, la cadena ganglionar muy infartada hasta el nacimiento de la arteria hipogástrica del lado derecho. En suma, se hace el «*vaciamiento de la pelvis*,» teniéndose que lamentar únicamente la abertura que se hizo con el dedo del fondo vesical, al desprender este órgano del útero con quien estaba extrechamente adherido. Se reparó inmediatamente la brecha por sutura.

RESULTADO.—Fué muy halagador hasta el día 9 de Abril. Se extrajo el tapón de gasa yodoformada (que se hirvió previamente) al cuarto día, sin notar olor agrio. Se colocó un segundo más pequeño, con las mismas precauciones de ebullición, para hacerlo menos cargado del antiséptico, y se dejó tres días más. Al siguiente día se observó aceleración del pulso, sin elevación térmica. La enferma no presentó más que este síntoma, pero pensando que pudiera sufrir la intoxicación yodofórmica, se quitó el taponamiento, haciéndose amplios lavados vaginales con el peróxido de hidrógeno. Llamó la atención, que la gasa extraída estuviese totalmente descolorida. El 8 de Abril la lengua se encontró saburral y seca, se inició delirio progresivo y continuo que duró todo ese día, y en la noche sucumbió repentinamente la enferma en colapso. Se hizo la prueba del calomel sobre la mucosa lingual, que indica Manquat en su tratado de Terapéutica. y ésta fué positiva. No se pudo efectuar la necropsia. Murió de envenenamiento yodofórmico á las 4 de la mañana del día.

32.—Guadalupe Valencia.

Edad: 40 años. Casada. Tortillera, de Santa Clara (D. F.), Ingresó al hospital el 27 de Marzo de 1902.

ANTECEDENTES.—Sarampión y viruela en la infancia. Multípara: 5 partos normales. Fué operada de pólipos nasales por el Sr. Dr. D. Francisco de P. Chacón en 1895. Se invade la mucosa retronasal y la faringe, se ulcera éste y se constituye estenosis faringea, por soldadura de los pilares anteriores y posteriores del velo palatino. Enflaquecimiento rápido y progresivo. Repetidos ataques de asfixia. Falta toda huella de sífilis y de tuberculosis en los antecedentes de la enferma. Es llevada al hospital por el gendarme de una demarcación de policía, el Viernes Santo, por haberla encontrado próxima á asfixiarse en la Plaza de la Constitución. Se atiende ese día por el practicante de guardia que consigue salvar por el momento la situación.

DIAGNÓSTICO.—*Estenosis faringea* por proceso ulceroso de la mucosa. Impermeabilidad de las fosas nasales, á través de cuya abertura exterior asoman masas poliposas. Se reserva completar el diagnóstico de naturaleza más tarde, por falta de los datos necesarios.

INDICACIONES. Las preventivas de la asfixia y trazar el programa para vencer la estenosis, después de algunos días de practicada la traqueotomía.

OPERACIÓN.—Marzo 29 de 1902. (A clor. con 20 gramos). Traqueotomía inferior.

Resultado.—Mejoría notable. La herida de la tráquea se estrechó rápidamente, hasta ser difícil é imposible la colocación de la cánula. Se quitó ésta y se dejó cicatrizar la herida, pensando hacer después la crico-traqueotomía. La enferma se obstinó en que se le diera el alta, y no fué posible retenerla para cumplimentar el programa que se trazó. Alta: el 14 de Abril de 1902.

33.—Sra. de H.

Edad: 38 años. Casada. Q. D. De Lima. (Perú). Clientela particular del Dr. Hurtado. Se atiende y se opera en su domicilio.

Antecedentes.—Linfatismo en la juventud. Ataque severo de influenza el año de 1895 en Lima. Menstruación siempre regular, hasta interrumpirse en Junio de 1901, por embarazo fisiológico, perturbado únicamente por laringitis catarral, que dura todo el mes de Febrero y palpitaciones cardiacas, que alarman á la enferma, que es pusilánime y está recientemente llegada á México, no aclimatándose aun.

Diagnóstico.—*Embarazo de 9 meses.*—Posición O. I. I. A. *Pelvis amplia.* Notable resistencia de las partes blandas. Perineo grueso y duro.

Operación.—El 10 de Marzo, después de un trabajo de parto, que se prolonga 26 horas, se obtiene la dilatación del útero, rompiéndose la bolsa amniótica, sobreviene inercia uterina y la cabeza no se encaja ni rueda, los latidos fetales se debilitan y se interviene con el fórceps, inyectando dos centigramos de clorhidrato de cocaina dentro de la cavidad sub-aracnoidea, cuyo líquido sale con presión; después de la punción pasan diez minutos, y no obteniéndose la analgesia se anestesia con pequeña cantidad de cloroformo. La aplicación de fórceps fué difícil, por tener que hacer descender y rodar la cabeza fetal. El cuello uterino se desgarró de ambos lados, hasta su inserción vaginal. El peritoneo se desgarró moderadamente y en sentido trausversal, merced á la debridación bilateral que se hizo en el espesor de los grandes labios. Se extrajo un producto vivo y de término; se reparó por la sutura los desgarros del cuello y el del perineo y se extrajo en seguida la placenta.

Resultado.—Reparación integral de las lesiones. La señora sufrió en un mes que permaneció en el lecho, dos ataques de atonia intestinal. No sufrió ninguna invasión perimétrica. La matriz se contrajo con la ergotina y está actualmente curada (Abril 16 de 1902.)

Notas.—Las enfermas correspondientes á los números 2, 4, 11, 13, 15, 17, 18 y 21, salieron curadas en el curso del mes de Marzo (pertenecen á la estadística publicada en Febrero.)

La número 12, sale en Abril.

México, Abril de 1902.

Dr. Francisco Hurtado.

Dr. Ignacio Prieto.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA ESTRICNINA Y EL MÉTODO HIPODÉRMICO

En el último número de la Revista de Alcaloidoterapia, intitulada «La Dosimétrie,» correspondiente al mes de Marzo próximo pasado, acabamos de leer un artículo suscrito por el Dr. Salivás, en quien siempre hemos reconocido un sano criterio terapéutico, cuyo título es análogo al que encabeza estas breves reflexiones.

Los puntos principales de ese trabajo, son los siguientes: Comienza el autor recordando que la *Estricnina,* una de las piedras angulares de la Terapéutica moderna, por ser evidentemente uno de los agentes curativos de mayor importancia, era bien poco conocida y casi desdeñada hasta hace muy pocos años. Bouchardat y Dujardin Beaumetz la mencionaban concisamente en estos términos: «Medicamento tetánico empleado contra las parálisis que no depen«dan de lesiones orgánicas y para excitar el estómago.»

Nadie en la actualidad, estamos seguros de ello, se atreverá á negar que la admisión y *popularización,* por decirlo así, de los alcaloides y substancias activas, débese en gran parte al esfuerzo perseverante de los adeptos y propagandistas infatigables del Método iniciado por el distinguido Profesor Burggraeve, de Gand, que acaba de terminar su fructuosa jornada.

En la publicación titulada *Movimiento terapéutico y Médico* del mes de Febrero pasado, encuéntrase una breve comunicación del Dr. Fernet á la Academia de Medicina que dice refiriéndose al EXCELENTE EFECTO DE LA ESTRICNINA CONTRA EL ALCOHOLISMO AGUDO Y CRÓNICO.»

«La *estricnina* tiene una eficacia muy notable contra el *delirium tremens* «de origen alcohólico; sobre esta enfermedad que es preciso no desatender, «conviene administrar la estricnina á dosis bastante elevadas, de 3 á 6 ó 7 miligramos al día, en inyección hipodérmica.

«Varias manifestaciones nerviosas del alcoholismo domínanse por la Es«tricnina, pero debiendo prolongarse su administración, las dosis serán meno«res, usando el medicamento disuelto en jarabe. El empleo de esta sal se en«cuentra á menudo indicado para combatir la adinamia, sobre todo en las en«fermedades toxi-infecciosas, teniendo las inyecciones subcutáneas la ventaja «de obrar pronto y respetar las vías digestivas.» El Dr. Fernet, como se ve, defiende casi exclusivamente la vía hipodérmica.

El Dr. Salivás entra en seguida en varias consideraciones, principiando por recordar algunos datos referentes á este precioso agente, de los cuales los más importantes son los que siguen:

«La *Estricnina* es el principio más activo del *strychnos nux vomica* de la familia de las Loganiaceas. A corta dosis no modifica la sensibilidad, pero aumenta el poder reflejo de la médula espinal dando lugar á la contracción de los músculos lisos, activando los movimientos peristálticos del intestino y facilitando la digestión y la defecación, la micción y la erección y sosteniendo y elevando la temperatura. A dosis más altas origina la hiperestesia táctil y

sensorial y contracciones de los músculos de la nuca; y en fin, á *dosis tóxica* causa convulsiones dolorosas, opistótonos, la asfixia y la muerte.»

Recuerda en seguida que es «*el incitante vital por excelencia*» de frecuentísima aplicación, si se administra á dosis pequeñas y más ó menos espaciadas "hasta efecto;" el *caballo de batalla*, como justamente decía Bruggraeve. El Dr. Toussaint afirma (y es afirmación indiscutible) que ya sea para excitar el corazón, ya para despertar el apetito, para combatir una parálisis ó para reforzar la acción de una ó varias substancias medicamentosas, casi no existe enfermedad en que la estricnina no esté indicada.

Pero la inmensa mayoría de los médicos, dosimetras ó no, muy rara vez emplean la *estricnina* en inyección subcutánea por razones de un orden general algunas y otras que se deducen de las propiedades especiales de este medicamento.

Entre las primeras está la acción brusca de toda substancia activa inyectada; los accidentes locales que con frecuencia determinan; y la imposibilidad de repetir por esa vía las dosis como se hace por la vía estomacal.

Entre las segundas señala además la de que los efectos de la estricnina inyectada sobrevienen más rápidamente que los de otros alcaloides inyectables, y es mucho más difícil suspender su administración en el momento preciso, apareciendo el calor del semblante, los picoteos en las extremidades y la hiperestesia auditiva.

Por esas razones combate la preferencia que concede al método hipodérmico el Dr. Fernet, apoyando, como nosotros lo apoyamos también, la acción benéfica en extremo de la Estricnina en el alcoholismo crónico ó agudo y en las enfermedades adinámicas.

Juzga como un error la creencia de que la estricnina pueda perjudicar el aparato digestivo y cita la opinión del eruditísimo Dr. Van Renterghem (cuya obra nosotros nunca nos cansaremos de encomiar y que de guía nos sirve desde hace muchos años) en que asegura que, ministrada á la dosis de ¼ de miligramo cada media hora, ó de ½ miligramo cada hora al adulto, *jamás ha visto producirse el menor accidente;* habiendo llegado á 7 y 7½ miligramos al día y hasta 15 en enfermos de fiebres palustres. Por su dosificación y solubilidad pronta y perfecta, Van Renterghem ha usado los gránulos Ch. Chanteaud. La debilidad desaparece, el apetito renace, el sueño es reparador, rara vez sobreviene el calor y rubicundez de la cara y el enfermo experimenta una sensación de bienestar general.

Van Renterghem no es partidario de la inyección subcutánea, ni tampoco la aprueba nuestro distinguido amigo el Dr. Salivás; ambos opinan que *excita* cuando sólo le está encomendado *incitar*.

El autor del artículo concluye afirmando que un considerable número de sus enfermos han sostenido la medicación estrícnica durante meses enteros, sin que los efectos de acumulación hayan venido jamás, sin que la intolerancia haya aparecido y que sus funciones digestivas hayan sufrido el menor trastorno. Hace presente, sin embargo, que siempre ha usado granulado el medicamento, por lo cual se abstiene de defender la inocuidad de otras preparaciones farmacéuticas en que la estricnina pueda administrarse.

Hasta aquí el artículo que con alguna extensión hemos extractado. Pasemos ahora á las reflexiones que su lectura nos ha sugerido.

Desde luego declaramos que un exclusivismo absoluto é intransigente

nunca puede ser laudable y justo. El Dr. Fernet no tardará en palpar los inconvenientes graves de su preferencia por la vía hipodérmica, sobre todo cuando necesario juzgue instituir por ese agente un tratamiento dilatado. Además de los inconvenientes que el Dr. Salivás apunta de la acción brusca del medicamento, que sólo en determinados casos y momentos apremiantes se debe solicitar, tiene su sistema la desventaja grande, aunque pequeña al parecer, de que es raramente tolerado por el paciente.

De acuerdo con Van Renterghem, cuya opinión estimará en todo su valor quien conozca sus inimitables estudios sobre Alcaloides, Glucósidos y medicamentos activos, nosotros preferimos sin duda alguna la vía estomacal. Y ¡cuán raro es el día en que no nos encontramos la indicación clara, precisa y terminante de prescribir la inestimable joya terapéutica que llamamos *Estricnina!*

Y usada *larga manu*, como hemos visto y vemos diariamente usada por doquiera, nunca hemos podido observar en ella influencia alguna perjudicial para el aparato digestivo, cuyo funcionamiento fisiológico secunda y vigoriza.

La observación del Dr. Salivás encuéntrase también ratificada por nuestra práctica: un gran número de nuestros enfermos han usado sin interrupción este medicamento y durante muy largos periodos de tiempo, sin lamentar el más ligero accidente. Tanto para evitar el sabor amargo y desagradable de la estricnina, como para tener la certidumbre de la exactitud en la dosis prescrita, nosotros también hemos empleado y empleamos los gránulos Chanteaud.

Pero si bien es cierto que, por regla general, para un tratamiento en forma no empleamos las inyecciones hipodérmicas, si recurrimos y creemos debe recurrirse á ellas en ciertos casos urgentes y circunstancias apremiantes. Como un ejemplar de estos casos especiales, podemos señalar el de las hemorragias *post-partum* en que, á la inyección subcutánea de Ergotina ó Ergotinina, tenemos desde hace muchos años la costumbre de agregar de 1 á 2 miligramos de Estricnina disolviendo en ella 2, 3 ó 4 gránulos de Ch. Chanteaud. La indicación en este caso parécenos netamente justificada y bien obedecida.

Y al lado de esta indicación podríamos señalar sin esfuerzo otros varios. ¿Por qué no emplear la Estricnina asociada con la cafeina ó la esparteina cuando el músculo cardiaco desfallece á causa de una gravísima deficiencia de la acción nerviosa y cuando la extinción de su influjo dinamogénico, que artificialmente logra despertar la estricnina, amenaza agotar en breve plazo la vida?

Resérvese pues el uso hipodérmico de la estricnina para las graves emergencias con que á menudo tropezamos y en los casos ordinarios y comunes confíese el medicamento á la vía estomacal que regularizando su absorción y efectos proporciona siempre los resultados apetecidos.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXVIII

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA

Opoterapia hepática.—Las propiedades del tejido hepático como glándula de secreción interna, se ponen en luz más claramente cada día y su facultad de destruir ciertos venenos y de almacenar algunas sustancias, ejerce una acción sobre la composición de la sangre que se ha querido aprovechar en Opoterapia.

Se sabe que el hígado es un órgano formador de glicógeno, pero también se sabe, por los trabajos de Brault, que el glicógeno se encuentra en los tu-

mores, que éste existe en ellos en relación con la rapidez de su desarrollo, y que á medida que el tumor se desarrolla más aprisa, la cantidad de glicógeno que en el tumor se encuentra es mayor. Encuéntrase también pero en muy pequeña cantidad en los tumores de marcha lenta y sólo en las zonas de crecimiento del tumor, donde los elementos anatómicos están en vía de multiplicación; una cantidad de glicógeno tan abundante como la que se encuentra en los tumores sólo se encuentra en los tejidos del embrión, lo que asemeja más todavía el tejido neoplásico al tejido embrionario. Se comprende la gran importancia que este dato tiene para el diagnóstico de la malignidad de los tumores.

Igualmente son conocidos la propiedad que tiene la glándula hepática de formar urea, y el hecho de que la extirpación del hígado produce un aumento en la cantidad de urea contenida en la sangre.

Su papel antitóxico también ha sido objeto de investigaciones experimentales, las cuales han hecho ver, que si por inyecciones cáusticas se destruye el parenquima hepático, el animal testigo sucumbe por intoxicación; lo mismo sucede si sólo se desvía la corriente sanguínea impidiéndole que pase por el hígado. También parece poseer el hígado propiedades coagulantes: Gilbert y Carnot han visto á algunos animales morir por coagulación de la sangre después de inyecciones intra-venosas de extracto hepático.

El extracto hepático parece tener una acción sobre la presión arterial; pero Livon ha notado un descenso notable de ella, y algún otro autor ha visto producirse un descenso de la temperatura. Gilbert y Carnot han notado en una mujer atacada de fístula biliar el aumento de la secreción bajo la influencia del extracto hepático, y los casos de *litiasis biliar* en que se ha hecho uso del extracto de bilis y de la bilis *in natura*, así como en los de *icteria por retención*, que se han mejorado por la administración del extracto hepático (según Gauthier), confirman la creencia de dicho autor sobre su acción colagoga. «*C'est surtout dans la forme gastralgique de la colique hépatique, que le fiel de bœuff est précieux.*» El pequeño mal hepático de Colladón (cólico larvado) con su forma de gastralgía tardía, su punto doloroso epigástrico con irradiaciones hacia los lomos, con meteorismo notable, al grado de hacer al paciente que desabotone sus ropas, la sensibilidad del hipocondrio á la presión aun ligera y superficial, antes y durante la fase de crisis que generalmente es despertada por un exceso de mesa, por los alimentos muy cargados de grasa ó por las bebidas abundantes en sales calizas; la constipación con deyecciones frecuentes, secas y poco coloridas, y que tiene una duración variable de algunos días á algunas semanas, y que durante mucho tiempo es la única manifestación dolorosa de la litiasis biliar, es igualmente influenciada en sentido favorable por el citado extracto.

De lo anteriormente citado se han deducido las aplicaciones terapéuticas de la Opoterapia hepática. Aplicándola en toda afección que tiene por causa una intoxicación por la bilis, algunos experimentadores han creído que la terapéutica por el aceite de hígado de bacalao no es más que la aplicación de un extracto hepático utilizando las propiedades nutritivas que dicho medicamento posee.

Se han hecho aplicaciones del extracto de hígado en la cirrosis hepática, habiéndose observado la desaparición del delirio, de las perturbaciones cerebrales en un cirrótico no alcohólico y manifiesta mejoría en un cirrótico sifilítico no sometido al tratamiento específico. En una mujer se ha observado la desaparición de los edemas, de la icteria y de las hemorragias. M. M. Spillman et

Demange de (Nancy), han visto en hepáticos, tratados como se ha dicho, la desaparición de la albúmina y de la urobilina y el aumento en la orina de la urea y del ácido fosfórico. Los éxitos obtenidos han sido en la cirrosis atrófica y no han observado modificación en la marcha de la cirrosis hipertrófica biliar.

Parece producir buenos efectos dicho tratamiento en las icterias infecciosas siempre que no sean muy intensas, pues parece que nada logra cuando la celdilla hepática no puede reobrar; así es necesario que el proceso escleroso no esté muy avanzado, para que el estimulo del tratamiento opoterápico pueda volver á su primitiva via el proceso de nutrición de la célula hepática. Por lo anterior parece que el tratamiento opoterápico es una piedra de toque, un reactivo que aplicado á la celdilla de la glándula nos hace conocer por las reacciones que en ella despierta el estado de dicha celdilla.

El jugo hepático obra sobre la sangre de los cirróticos tal vez aumentando su coagulabilidad, pues las inyecciones hechas con él han suspendido las epistaxis, las metrorragias, las hemoptisis, de los cirróticos; igual cosa ha observado M. Gilbert en las hemoptisis de los tuberculosos.

En las enfermedades por lentitud de la nutrición, el funcionamiento de la celdilla hepática es influenciado de favorable manera por la opoterapia, habiéndose observado curaciones en un individuo gotoso (tenía su tercer ataque) hijo de un padre gotoso y de madre reumática con antecedentes artríticos (litiasis, asma,) y que curó de su tercer ataque de gota por las lavativas de hígado, pudiendo marchar al quinto día y habiendo desaparecido el dolor desde el tercero del tratamiento. El eczema, el vitiligo han sido curados rápidamente con dicha medicación. La diabetes azucarada es igualmente influenciada por el tratamiento, observándose casos en que ha habido mejoría y casos en que el tratamiento no ha producido resultado; en los casos de éxito, cuando se ha cesado el tratamiento, se ha visto que la tasa del azúcar aumentaba. La mejoría se observa en los casos en que la diabetes es debida á una insuficiencia funcional del hígado con diminución de la urea, urobilinuria, etc. Son los casos de diabetes por hipo ó anhepátia, los que influencían favorablemente la opoterapia, en tanto que en los casos en que no hay diminución del azúcar ó hay aumento con dicho tratamiento, son aquellos en que la diabetes es debida á una superactividad funcional del hígado.

Hipócrates curaba las enfermedades de los ojos con el extracto de hígado, y en la actualidad Trentas (de Constantinopla) ha tratado con éxito 18 enfermos de los ojos y curado una hemeralopía en un ictérico á pesar de la persistencia de la icteria, dándole hígado de carnero.

Se usan las inyecciones de extracto glicerinado por la vía hipodérmica, el polvo obtenido por el raspado de la glándula y desecado á la estufa, usando para prepararlo el hígado de animales alimentados sólo con leche para que el producto sea menos tóxico. El extracto papaínico, en tablillas, obtenido por digestión del hígado por la papaina. Se ha obtenido una substancia proteica que han designado con el nombre de *hepatina*.—El extracto de bilis de buey se da en cápsulas en la icteria por retención.—De la *Gaz. Méd.* de Paris. (Nov. 6, 8 de Febrero 1902.)

A. DE AVILA.

NOTAS BREVES SOBRE ALGUNOS ARTÍCULOS DE TERAPÉUTICA.

Tratamiento de la ciática.—(Annals of Gynecology). El Dr. Fred. E. Davis, de Brookside, Ala, después de hablar sobre los tratamientos usuales de la ciá-

tica, recomienda eficazmente el uso de la Antikamnia asociada á la *Heroina* con cuya asociación ha hecho unas nuevas Pastillas (Tablets) la Compañia Manufacturera de estos productos, haciéndose resaltar la ventaja de dar este medicamento en vez de fuertes dosis de opio, morfina ó cloral. En los casos más rebeldes asegura que basta una pastilla cada hora para dominar el mal en uno ó dos días.

No las hemos usado nosotros en la ciática, por no haber tenido un caso especial, pero si las hemos prescrito en neuralgias de distinto origen, y debemos confesar que es en efecto esta feliz asociación de resultados notablemente benéficos y aun más seguros y rápidos que los obtenidos con la Fenalgina, Antipirina, Exalgina y demás congéneres, administrados aisladamente.

Lavados intestinales con agua oxigenada.—En la «Presse Médicale,» de Enero próximo pasado, página 7, el Dr. H. Roger recomienda el empleo de 100 c.c. de agua oxigenada con 12 volúmenes de oxigeno, á los cuales añade 900 c.c. de agua hervida que contenga 5 gramos de cloruro de sodio, 3 de fosfato y 50 centigramos de Bicarbonato de sosa, aplicados con un tubo largo de goma blanda introducido en el colon, inyectando lentamente y con suave presión una, dos ó tres veces al día sea el litro completo sea la mitad. La cantidad empleada debe aumentarse ó disminuirse según la tolerancia y según los casos, originando algunas veces contracciones dolorosas.

Los resultados son buenos en la colitis disentérica y colitis muco-membranosa; favorece la expulsión del moco, despierta la contractilidad del intestino, y sobre todo se impiden las fermentaciones.

En los casos en que éstas existen constantemente basta lavar el intestino dos ó tres veces en la semana. Los dolores agudos de la disentería que durante quince días no han cedido á ninguna medicación, han desaparecido alguna vez con dos lavados, disminuyendo desde luego considerablemente el número de deyecciones.

Hemos hecho mención de ésta nota porque nosotros también hemos obtenido buenos efectos de esos lavados intestinales con agua oxigenada, habiendo usado siempre el *Hidrozone* de Charles Marchand, que contiene 30 volúmenes de oxígeno, en agua hervida únicamente. Las soluciones que hemos empleado han variado según los casos, oscilando entre 2, 3 y 4 por 100, ó lo que es lo mismo 20, 30 ó 40 gramos de *Hidrozone* por litro de agua. La solución debe hacerse en el momento en que va aplicarse y debe inyectarse tibia y poco á poco.

Estos lavados no solamente son aplicables en nuestro concepto en las colitis, en las cuales jamás debe olvidarse la *hiosciamina* para combatir y dominar el tenesmo, sobre el cual tiene una acción maravillosa (un gránulo cada hora hasta efecto), sino también en todos los casos en que sea preciso desinfectar el intestino. Desde hace tiempo hemos dado la preferencia á estos lavados en el *tifo*, en la fiebre tifoidea y en toda enfermedad infecciosa é infecto-contagiosa, considerándolos muy superiores á los lavados con otros antisépticos como el Permanganato de Potasa, Bi-cloruro de Mercurio ó Acido Bórico, los unos, como el último, por su débil eficacia, y los otros por la acción nociva que ejercen sobre la mucosa intestinal y los accidentes que puede originar su absorción si son aplicados con frecuencia ó la solución tiene un título elevado.

Reumatismo articular agudo.—El Dr. Dartigues en «La Dosimetric,» de Mayo próximo pasado, relata un caso clínico interesante de esta enfermedad «cuyo tratamiento,» dice con razón, «constituye una de las dificultades de la medicina.»

El autor manifiesta que las emisiones sanguíneas están en la actualidad proscritas; que los purgantes, sudoríficos y diuréticos dan resultados inconstantes y poblemáticos, que los alcalinos á alta dosis son peligrosos y prolongan la convalecencia; que la medicación contraestimulante no es aceptable; que el sulfato de quinina ha dado origen á accidentes cerebrales graves y aun mortales; que los narcóticos sólo combaten el síntoma *dolor* sin constituir un verdadero tratamiento; que la veratrina, el acónito y el cólchico, á pesar de la recomendación que de ellos hacen autores distinguidos, no se usan con frecuencia; que el salicilato es infiel, y por, último, que es realmente lamentable la penuria de medios terapéuticos que tenemos para combatir esta frecuentísima enfermedad.

Relata en seguida una observación detallada de un joven de 29 años, de mala constitución y que ya había padecido un ataque de reumatismo articular que lo tuvo 70 días en cama.

En vista de los buenos resultados eventuales obtenidos con los tratamientos citados, el Dr. Dartigues determinó ensayar la medicación alcaloídica prescribiendo el primer día, cada media hora, y los siguientes cada hora, un gránulo de los denominados «*Contra el reumatismo y la gota*» de Ch. Chanteaud, en los cuales se ha asociado á un miligramo de *Colchicina,* medio miligramo de *Aconitina, Digitalina* y *Arseniato de Estricnina.* El primer día usó la morfina, pero desde el siguiente pudo suprimirla. El restablecimiento fué tan rápido que á los seis días había recobrado por completo la salud.

El Dr. Dartigues dice que, aunque una sola observación no autorice en manera alguna para juzgar de la eficacia de un tratamiento, tiene sin embargo una impresión muy favorable de esta medicación, esperando que nuevos casos en sus manos y en las de otros prácticos, afirmen el valor terapéutico de esta asociación y nuevo producto.

Hemos extractado esta observación porque, lo mismo que en la anterior, podemos agregar algo observado en nuestra práctica. Nosotros hemos prescrito los gránulos Contra el Reumatismo de Ch. Chanteaud en varios casos de esta enfermedad en el período crónico y en estados sub-agudos, obteniendo en verdad resultado halagadores.

Varios de nuestros enfermos tomando cuatro, cinco ó seis gránulos cuando más *pro die,* han mejorado muchísimo y en estos momentos, un apreciable compañero que ejerce en un Estado del Centro, reumático desde su juventud los ha sustituído con ventaja á los diversos medicamentos que ha ensayado, comprendiéndose en ellos las preparaciones de patente que abundan recomendadas para esa penosa dolencia.

Es preciso, sin embargo, tantear la susceptibilidad del enfermo para la *colchicina,* pues según lo hemos observado, sus efectos sobre el intestino son á menudo muy marcados, sobreviniendo evacuaciones abundantes. En este caso hay que disminuir inmediatamente la dosis; la *narceina* en estas circunstancias sirve de correctivo.

Recomendamos pues esta medicación, y mucho estimaremos se nos comuniquen los resultados obtenidos.

Contra indicaciones del salicilato de sosa.—Por haber tocado la cuestión del tratamiento del Reumatismo en el párrafo anterior, creemos oportuno reproducir las contraindicaciones *absolutas* y *relativas* que señalan los Dres. Barth y Martinet, que publicó «*La Presse Médicale*» y reprodujo «La Independencia Médica» de 1°. de Abril próximo pasado.

Para el Dr. Barth son *absolutas* las contraindicaciones siguientes que Martinet sólo juzga como tales, si el médico no puede vigilar á su enfermo

1ª *Una vulnerabilidad anormal de los centros nerviosos* (neuropatía y alcoholismo) pudiendo desarrollarse entonces accidentes cerebrales.

2ª *Las afecciones orgánicas del corazón* que predisponen á la adinamia y al síncope.

3ª *La impermeabilidad renal, absoluta ó relativa;* nefritis escarlatinosa ó intersticial.

Las *relativas* son las siguientes:

1ª *El embarazo* á causa del estado de permeabilidad renal durante este período y acción posible del salicilato sobre las fibras lisas. El Dr. Martinet sobre este punto dice nunca haber observado accidente apreciable de ningún género, de cuya opinión participa el Dr. Roger.

2ª *La vejez* por la arterio-esclerosis y las esclerosis viscerales, la del riñón en particular; y

3ª *El reumatismo reincidente con complicaciones viscerales* como pericarditis, albuminuria, pleuresía, etc.

Tratamiento de la sarna.—El Dr. Sachs (Deutsche Woch), recomienda con empeño el empleo del *peruol* que es un éter bencilbenzoico extraído del bálsamo del Perú que contiene además *cinameina* y *estiracina*. No es tóxico, pues los conejos soportan hasta 2 gramos en inyección hipodérmica. Para curar la sarna, después de un baño jabonoso, se fricciona (3 veces en 36 horas) todo el cuerpo excepto la cabeza, con *una* parte de *peruol* por *tres* de aceite ricino. No irrita ni lastima en nada la piel, y la curación se obtiene seguramente, no debiendo olvidar por supuesto la desinfección de las *ropas*.

La Antikamnia en las Bronquitis y Laringitis.—Esta medicación se recomienda en este género de afecciones propias de la estación actual, tanto por su acción benéfica sobre el elemento dolor, que es en efecto muy marcado, como porque obra sobre la calentura y el proceso inflamatorio.

Las pastillas de Antikamnia y Codeina en la tos nerviosa, irritación de la laringe y gripa, bastan con frecuencia para dominar los accidentes tan molestos en estas enfermedades y producir una rápida y sostenida mejoría.

Y ya que hablamos de la *Antikamnia*, con gusto accedemos á los deseos de la «Antikamnia Chemical Company,» de St. Louis, Mo., que nos pide en atenta carta de su Pres., el estimable Sr. Frank A. Ruf, hagamos llegar á conocimiento de nuestros lectores que, por la bondad del medicamento que ella prepara, se han hecho y se hacen y expenden en nuestra República, Tabletas ó Pastillas de Antikamnia falsificadas.

Para distinguir éstas, que tambien llevan impresas las letras AB, ó AD, ó AH ó cualquiera otras y las legítimas, debe fijarse la atención en que las genuinas llevan unidas las letras AK. Sin este requisito no deben admitirse.

Asimismo nos hace saber que la «Antikamnia Chemical Company» no tiene agentes viajeros y que sólo expende sus «Tablets» en envases de 1 onza.

DR. E. L. ABOGADO.

NOTAS

HONROSO NOMBRAMIENTO.

Nuestro amigo y compañero el Sr. Dr. Juan Duque de Estrada, acaba de ser nombrado Miembro de la «Societé Obstétricale de France,» en la sesión general última verificada en París el día 4 del mes que acaba de finalizar. Felicitámosle cordialmente por esa distinción.

EL DR. D. MANUEL TOUSSAINT.

En el último número de «El Observador Médico» correspondiente al 15 del próximo pasado Abril, hemos leído un artículo suscrito por el Sr. Dr. Zárraga, que lamentamos no poder reproducir por falta de espacio, aludiendo á la disposición de la Secretaría de Instrucción Pública de sacar á concurso la cátedra de Anatomía Patológica que ha desempeñado y desempeña el inteligente Sr. Dr. Toussaint.

Las razones aducidas por el Sr. Dr. Zárraga son á nuestro juicio convincentes y de notoria justicia, y es de suponerse que apoyado en el art. 2o. de la misma Ley de oposiciones se haga el nombramiento del Sr. Dr. Toussaint, evitándose la pérdida que sufriría la Escuela, en el posible evento de que el referido Profesor no se opusiese.

Superficiales también son nuestras relaciones con el Sr. Dr. Toussaint, pero opinamos como el autor del artículo mencionado, que es posible dentro de la ley y al mismo tiempo conveniente y equitativo, el que la cátedra de Anatomía Patológica continúe bajo la dirección acertada del Profesor actual.

PEQUEÑA CORRESPONDENCIA.

Mucho agradeceremos se sirvan contestar las cartas que les hemos dirigido á los Sres. Dr. Donaciano Cano y Alcacio y Dr. L. Obregón de San Diego de la Unión (Gto.); Dr. Víctor C. Herrera, de Tapachula (Chiapas); Dr. Julián Díaz, de Lampazos (N. L.); Dr. Gustavo O'Farrill, de Puebla; Dr. J. de J. González, de León (Gto); Dr. Manuel Godoy, de Querétaro; Dr. Eleno Cervantes, de Río Verde (S. L. P.); Dr. J. M. Palacios, de Tulancingo (Hid.); Dr. López Portillo y Cano, de San Blas (Tepic); Dr. Nemesio Rodríguez, de Tepic; Dr. Ventura O. Viruete, de la Paz (B. California); Dr. Macedonio García Pérez, de C. Linares (N. L.); Dr. Alonso Avila, de Mérida (Yuc.), y Señor Profesor Dr. Alberto Cuellar, de San Luis Potosí.

SUMARIO.

TOMO. V   MÉXICO, JUNIO 1° DE 1902   NÚM. 6.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

ETIOLOGÍA DE LA ESCOLIOSIS.

Todo el mundo conoce la escoliosis como una simple curvatura lateral de la columna vertebral, y casi todos los autores atribuyen este estado patológico al raquitismo; etiología que ha pasado á la ciencia como un hecho enteramente demostrado por la clínica; pero no puede ya negarse que esta etiologia no puede invocarse de ninguna manera. Y, efectivamente, yo he tenido ocasión de observar algunos niños con escoliosis bastante desarrollada, sin encontrar absolutamente ningún signo que me hiciese siquiera sospechar el raquitismo. Nada, absolutamente nada de anormal, ni en la cabeza ni en los miembros, ni en la cara; nada tampoco por parte del tórax, si no es la anomalía de forma producida por la escoliosis misma, ni por parte del abdomen, que como se sabe, presenta en caso de raquitismo aunque sea ligero, una forma globulosa especial y es más desarrollado que en los niños sanos. En una palabra, hecho un examen concienzudo en los casos á que me refiero, sólo se ha encontrado la escoliosis más ó menos desarrollada, sin un solo signo de raquitismo.

Esta circunstancia me ha obligado á buscar detenidamente las causas que además del raquitismo pueden producir la escoliosis; y he aquí el resultado de mis investigaciones que llevé á cabo en París en colaboración con el Profesor Luis Guinon.

Por demás me parece advertir que yo no me ocupo aquí absolutamente de las escoliosis ocasionadas por posiciones viciosas, por ejercicios irregulares, etc.: escoliosis que bien pueden llamarse profesionales.

Varios géneros de causas pueden engendrar el padecimiento en cuestión, y sea el primero, el que depende de los miembros inferiores y de la pelvis; por consiguiente, cualquiera alteración en el funcionamiento normal de los miem-

bros, es susceptible de producirlo. Así, la neuralgia ciática, por ejemplo, de cualquier causa que sea, puede dar lugar á la escoliosis impidiendo el uso habitual de los dos miembros; y el mecanismo es fácil de comprenderse. Otro tanto debe decirse de la coxalgia y de las contracturas musculares en general, según el sentido en que obren. El pulmón puede también en condiciones especiales dar lugar á dicha lesión; en caso de empiema, de adherencias pleurales, de un tumor de cualquiera naturaleza que sea: basta que falte el equilibrio funcional en los dos pulmones, que haya desigualdad en la presión interior para hacer posible su desarrollo. Agréguese á esto otras afecciones, á primera vista sin relación ninguna con la escoliosis y que, sin embargo, dan lugar á ella, como las vegetaciones adenoides de la faringe, los pólipos nasales (Grancher) por el mismo mecanismo; es decir, rompiendo el equilibrio entre los dos pulmones. Las causas tróficas que constituyen el segundo género, son: el raquitismo, como todo el mundo lo sabe, y la siringo-mielitis; si bien esta enfermedad medular, no está hasta hoy por lo menos, perfectamente definida, al decir de Dejerine.

Dije antes, que hay casos, sin embargo, en que la escoliosis no puede atribuirse á ninguna de las causas ya indicadas; y efectivamente, acabo de ver á una niña como de 12 años de edad, bien desarrollada, con una enorme escoliosis izquierda, situada en la parte superior de la porción dorsal del raquis; niña en la que no es posible relacionar su padecimiento á ninguna de las causas enumeradas. Recuerdo con tal motivo, que para casos á este semejantes, mi maestro Dejerine supone una causa nerviosa, sin que le haya sido posible definirla y fundándose solamente en el temperamento de los enfermos. Como los casos por el estilo del que acabo de mencionar, no son tan raros en la práctica; sino que por el contrario, la clínica cuenta ya con muchos perfectamente estudiados, sobre todo, bajo el punto de vista etiológico, no encontrándose más que un nervosismo, más ó menos acentuado, se ha concluído y á mi ver con razón, en aceptar un nuevo agente productor de la escoliosis. De manera que en resumen, tenemos: causas estáticas, causas tróficas y causas nerviosas.

En cuanto á la localización de la afección bien desarrollada, el tipo más frecuente es aquel en que la curvatura se encuentra situada en el tercio superior de la porción dorsal de la columna, formando un arco de convexidad casi siempre dirigido á la derecha; arco cuya cuerda mide hasta 20 centímetros y la flecha 5 centímetros, presentándose á la vez torsión de las vértebras correspondientes; de manera que los cuerpos ven á la izquierda y la cresta espinosa hacia la derecha. Como consecuencia de esta torsión, las costillas del lado derecho, son rechazadas hacia afuera y hacia atrás; la canaladura vertebral correspondiente, disminuye ó desaparece y, por último, el omoplato forma una saliente bajo la piel, cuyo volumen es proporcional al desarrollo de la escoliosis.

Los autores que con especialidad se han ocupado de esta afección, difieren sobre el origen primitivo ó consecutivo de las deformaciones del esqueleto. Así, por ejemplo, Bouvier afirma que son primitivas; Malgaine y Tillaux por el contrario, sostienen que son consecutivas. Yo creo, á pesar de estas grandes autoridades, que en este litigio debe tomarse en cuenta la naturaleza misma de la lesión; pues es claro que si trata de una alteración huesosa, las deformaciones serán primitivas; mientras que por el contrario, si el sistema huesoso es sano, es de suponerse que son consecutivas á una debilidad de los ligamentos y músculos del raquis.

Dos palabras sobre el tratamiento. Ninguno de los métodos aconsejados da resultado satisfactorio en las escoliosis graves. Con todo, puedo asegurar que el de Calot es excelente en los casos incipientes ó medianamente desarrollados; pues lo he aplicado en varios enfermos, tanto en el hospital como en la práctica civil con éxito verdaderamente sorprendente.

México, Mayo 20 de 1902.

DR. CARLOS TEJEDA.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE ADDISON

SUGERIDAS
POR LA OBSERVACION DE SEIS CASOS DE TUBERCULOSIS
DE LAS
CAPSULAS SUPRA-RENALES

He tenido la oportunidad de observar durante dos años, seis casos de Enfermedad de Addison, entre los Soldados del 19° Batallón (uno de los cuerpos de la guarnición del Yaqui) que por las particularidades clínicas que han presentado, los creo interesantes.

Todos han dependido indudablemente de un proceso tuberculoso y en dos de ellos me ha parecido indudable, que el foco inicial de la infección, ha sido la región supra-renal; en los demás y al comenzar su observación, he encontrado caminando á la par, la infección en el pulmón y en las cápsulas supra-renales.

La Enfermedad bronceada, descrita por vez primera por Addison, colaborador de Brigth y decano del *Guy's Hospital* de Londres, con el nombre de *Bronced disease*, recibió de Trousseau la denominación con que generalmente se la conoce, en memoria del ilustre Médico inglés.

Las investigaciones anatomo-patológicas de que ha sido objeto, ha suscitado controversias, pues mientras algunos la relacionan con una alteración del plexus solar y de los ganglios semilunares, negando la existencia de alteración alguna en las cápsulas supra-renales (teoría nerviosa), otros hacen depender el proceso morboso de una degeneración de las cápsulas supra-renales. Esta teoría ha tenido en apoyo los resultados de la experimentación. Brown-Séquard demostró la grandísima utilidad de las cápsulas supra-renales, encargadas de destruir los venenos producidos en el organismo por la actividad de sus funciones. Los animales á quienes se han extirpado las cápsulas supra-renales perecen rápidamente y si algunas veces las experiencias fueron negativas, este resultado se explicó ya por la existencia de cápsulas suplementarias ó bien por el hecho de la reorganización de las principales, cuando quedaba alguna pequeña porción susceptible de ser un foco de nueva formación. Se ha demostrado igualmente que basta la existencia de una 11ª parte del órgano para producir la reorganización (Langlois).

Hay una experiencia concluyente sobre la utilidad de las cápsulas supra-renales: si á una rana se le hace un injerto de cápsulas y se le extirpan des-

pués las propias, el animal sigue viviendo; si se extirpa después el injerto, el animal muere.

Las experiencias practicadas primero en las ranas y después en los mamíferos, demuestra que la extirpación de las cápsulas supra-renales, produce resultados semejantes al envenenamiento por el «Curare» (Abelons y Langlois). Se ha demostrado también que las cápsulas supra-renales, á semejanza del cuerpo tiroides y del páncreas, tienen la propiedad de conservar sus útiles efectos aun cuando exista solamente una pequeña porción que no presente alteración alguna, y que por lo tanto funcione con toda regularidad (Langlois y Charrin).

El tinte bronceado no ha podido ser producido experimentalmente; esto á causa de la fusión de las dos teorías, no se considera ya como teatro del proceso uno ú otro órgano exclusivamente, sino extendiendo el sitio de los fenómenos á toda la región supra-renal, se coloca bajo la dependencia del «Gran Simpático», *la melanodermia y las perturbaciones nerviosas* y bajo la dependencia del proceso capsular la *astenia.*

No es único el proceso patológico que origina las alteraciones supra-renales; la tuberculosis desempeña el principal papel y después vienen el cáncer, la degeneración quística y la equinococcia. La sífilis, que produce durante su período terciario degeneraciones ya fibrosas ó bien gomosas de los órganos, no tengo noticia de que haya sido señalada ni por los clínicos, ni por los anatomo-patologistas, y sin embargo, no creo difícil que pueda tomar parte entre los otros procesos morbosos.

En los seis casos que nos ha sido dado estudiar, encuentro de notable que todos deben relacionarse á la tuberculosis á pesar de que en ningún caso he tenido la comprobación necróptica.[1] Pero es de suponerse que presentando ya simultánea, ya sucesivamente, lesiones pulmonares de tuberculización, á ella se relacione igualmente la Enfermedad bronceada, á menos que se quieran buscar casos complicados en donde la clínica indica la relación á un mismo proceso.

No es raro observar en los tuberculosos, pigmentación bronceada de la cara (cloasma) y podría suponerse que en los casos á que he hecho referencia, se tratase, si no en todos, sí en alguno de ellos, de una simple pigmentación cloasmática; pero además de la pigmentación uniforme de la cara y de las manchas en la mucosa bucal, que todos tenían, el Cabo F. G. presentaba manchas pigmentadas en la conjuntiva y pigmentación exagerada del mamelón, y el Soldado C. B. aumento en la pigmentación mamelonar. Además, en los cuatro en que evolucionó la tuberculosis pulmonar y supra-renal al mismo tiempo, los signos físicos del pulmón no correspondían á la astenia, el enflaquecimiento y los agudos dolores que aquejaban á mis enfermos. Observados últimamente fueron los Soldados P. A. y A. J. que se curaban en la Enfermería del Batallón, el primero desde el mes de Noviembre, el segundo desde Enero. Con muchísima frecuencia hacía yo el examen del pulmón en ambos, no encontrando al principio síntoma alguno de infección pulmonar, cuando ya presentaban el cuadro completo del Mal de Addison; más tarde los síntomas se presentaron y á fines de Marzo que por última vez los examiné, en ambos era perfectamente apreciable la rudeza del murmullo vesicular, la espiración

1 Los seis enfermos han causado baja en el Ejército por inútiles para el servicio y no he vuelto á tener noticia de ellos.

prolongada y la transmisión de los ruidos del corazón al vértice del pulmón. Faltó por desgracia el examen bacilar de los esputos.

Estos seis casos me han recordado lo que se pretendió por algunos autores: no considerar la enfermedad de Addison como una entidad morbosa distinta; sino bajo el dominio de la tuberculosis. Esto es completamente exclusivo; si bien la tuberculosis desempeña el principal papel, la anatomía patológica se ha encargado de enseñarnos que también el cáncer, la degeneración quística y la equinococcia, tienen su parte. Pero todo esto demuestra también que el mal Addisoniano no es una entidad morbosa de alteraciones fijas, constantes; sino que depende ya de la gran infección bacilosa, ya de procesos orgánicos ó parasitarios ó de degeneraciones celulares de otra naturaleza, pero que siempre conducen al mismo resultado—la destrucción de la celdilla suprarenal—que teniendo determinada función en el organismo, probablemente para contrarrestar cierto grupo de auto-intoxicaciones, trae consecutivamente trastornos fisiológicos constantes que producen cualquiera que sea el proceso morboso, síntomas idénticos.

Bácum. Río Yaqui (Sonora), Abril 20 de 1902.

DR. FERNANDO OCARANZA.

SECCION VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodríguez Barragán.*

34.—Francisca Manzano.

De 31 años. Casada. De Zapotlán. Sirviente afanadora del hospital.

ANTECEDENTES.—Viruela y sarampión en la infancia. En 1881 accesos sostenidos de impaludismo que duraron dos años, llegando hasta la caquexia. Reglas siempre escasas y dismenorréicas. Multípara: 5 partos, 4 de término y uno de 7 meses. Quedó prolapso útero-vaginal desde el primer parto, el cual fué mal atendido, habiéndola manteado y colgado de los pies para que aquel se verificara. Puerperio séptico después del segundo alumbramiento por retención de la placenta durante cinco días, al fin de los cuales la expulsó espontáneamente en estado de putrefacción, constituyéndose luego metro-peritonitis que la retuvo en el lecho tres meses. El último parto fué en 1898. Ingresó á la Clínica de Ginecología el mes de Septiembre de 1901, en donde la operaron

del prolapso los Dres. Altamira y Prieto, haciendo las colporrafias anterior y posterior. Salió mejorada, pero después reincidió el cistocele, acentuándose la ovaritis doble y la retroversión, hasta constituir impedimento para la ejecución de las faenas rudas que exige el servicio de afanadora, por lo cual solicitó vivamente el que se la operara radicalmente.

Diagnóstico.—*Prolapso útero-vaginal de tercer grado.—Retroversión-Metro-anexitis.*

Indicaciones.—La invalidez para el trabajo y las molestias consiguientes á la estática defectuosa de las vísceras pelvianas.

Operación.—(A. clor. con 45 gramos.)—Celiotomía suprapúbica, con incisión de 8 centímetros.—*Salpingo-histerectomía sub-total.—Resección cuneiforme del ovario derecho* abultado por la esclerosis. Conservación de los ovarios. Duración: 70 minutos.—Abril 7 de 1902. El útero crecido y escleroso se encontró en fuerte retroversión.

Resultado.—Curación completa. Alta el 12 de Mayo.

35.—Juliana Gallegos.

Viuda. De 40 años. De San Luis de la Paz. Sirviente. Ingresa el 24 de Febrero de 1902.

Antecedentes.—Tifo exantemático en 1901. En seguida sufrió de reumatismo agudo poliarticular. Multípara: dos partos de término y normales en 1887 y 1892. En Junio de 1901 se inició metrorragia profusa y ésta fué en aumento, hasta ceder á principios de Enero del año actual dejándola sumamente aniquilada.

Diagnóstico.—*Cáncer del útero*, predominante en el cuello.—Invasión total del parametrio.—Enclavamiento.—Invasión de los ganglios pelvianos derechos accesibles á la palpación manual.—Toxemia neoplásica manifiesta.

Indicaciones.—El caso parecía salir de los límites racionales de toda intervención quirúrgica, pues el Sr. Dr. Villarreal, á quien enviamos á la enferma, opinó en este sentido, y no obstante este juicio pericial de alta competencia, la enferma, cuyo valor moral es excepcional, nos instó á que la operásemos para acabar «de una vez,» según fué su expresión y explícita voluntad. Dejamos correr un mes, y más firmes en la técnica apropiada, decidimos efectuar la intervención, estudiando detenidamente el programa operatorio.

Operación.—Abril 9. (A. clor. con 45 gramos.) Cauterización de la ulceración cancerosa con el botón de Paquelin. Celiotomía suprapúbica de 8 centímetros. Histero-ooforectomía por el procedimiento de Faure (división del útero en dos valvas por la línea media), por ser imposible de realizarse por otro proceder, estando esclerosado é invadido por el esquirro todo el tejido celular circunuterino. Existía sínfisis-intestino-uterina y epiploica (Peritonitis anteriores), siendo extraordinariamente difícil la liberación de los genitales internos. Las arterias uterinas no fué posible ligarlas, por estar envueltas en la neoformación. No fué posible ligar las hipogástricas por estar rodeadas de ganglios neoplásicos, siendo preciso aplicar un vasto taponamiento con gasa aséptica (huyendo de la yodoformada por el envenenamiento que causó en la enferma núm. 31, de la Estadística del mes de Mayo). Se hizo el *vaciamiento pelviano*, hasta donde fué posible. Se inyectaron 800 gramos de suero artificial. Duración de la operación 2 horas.

Resultado.—La enferma reaccionó muy bien después del fuerte traumatismo. La temperatura solamente se elevó algunos décimos sobre la normal. Se extrajo el tapón á las 48 horas, aplicándose otro de gasa dermatolada. Después se hacen lavados cotidianos con agua esterilizada y peróxido de hidrógeno. Notable mejoría; la pelvis se estrecha por granulaciones, la enferma ha engrosado y aumentado su peso. Se le inyecta cacodilato de sodio y clorhidrato de quinina.

36.—Francisca López.

Soltera. De 25 años. De Querétaro. Recamarera. Ingresó el 31 de Marzo de 1902.

Antecedentes.—Tifo y viruela en la segunda infancia.—Menorrágica y dismenorréica desde los 15 años. Nulípara.

Diagnóstico.—*Metritis*, predominando *cervicitis* intensa.—*Ovaritis esclero-microquística.*—Muy crecido y descendido el anejo derecho.—Esterilidad.

Operación.—Abril 14. (A. clor. con 45 gramos). Legrado uterino. *Celiotomía suprapúbica* de 6 centímetros. *Extirpación* del anejo derecho con quiste seroso del volumen de una naranja. *Resección* en cuña del ovario izquierdo. *Resección* del pabellón tubario ensanchado é impermeable. *Ovario-sindesis.* Se conserva el útero á pesar de encontrarlo crecido y blando por el edema inflamatorio.

Resultado—Muy satisfactorio, no hay exudados pelvianos y está próxima á salir.

37.—Inés Malda.

De México. De 32 años. Casada. Q. D. Dismenorréica desde edad de 12 años hasta su primer parto, verificado un año después. Multípara: 8 partos de término y normales. Desde el año pasado la menstruación revistió el carácter de fuerte menorragia.

Diagnóstico.—*Utero gigantesco* (probablemente por fibromas murales). Probable degeneración escleroquística de los ovarios. Endometritis hiperplásica. Anemia pronunciada.

Indicaciones.—La más urgente y la única que la enferma acepta es el legrado.

Operación.—Abril 12. (A. clor. con 20 gramos.)—Legrado uterino y taponamiento con gasa yodoformada.

Resultado.—Sale muy mejorada el 23 de Abril y suspendida la metrorragia por la terapéutica empleada.

38.—María Romero.

Restablecida de la primera intervención (véase el nº 7 de la Estadística de Febrero), continúa sufriendo constipación y dolor al defecar, ocasionado por grieta del ano.

Operación.—Abril 15. (A. clor. con 20 gramos). Desgarradura digital del esfínter del ano. Cauterización de la grieta con el termocauterio y sutura con catgut.

Resultado.—Sale curada de todos sus padecimientos el día 4 de Mayo.

39.—Sara Fernández.

De México. 44 años. Casada. Q. D. Ingresó el 10 de Abril.

ANTECEDENTES.—Reumatismo poliarticular en 1892. Multípara, 2 partos normales. Metrorragias rebeldes y agotadoras desde Septiembre de 1901.

DIAGNÓSTICO.—*Cáncer del cuello uterino* de forma de hongo vegetante en desintegración pútrida. Enclavamiento por invasión del parametrio. Anemia específica muy avanzada. Desdoblamiento del segundo tono aórtico.

INDICACIONES.—Suprimir el hongo infecto para disminuir la toxemia neoplásica. Juzgamos contraindicada la hecterectomía por la avanzada desnutrición.

OPERACIÓN.—Abril 16.—Analgesia completa obtenida con inyección intraraquídea de 2 centígramos de clorhidrato de cocaína. Amplio legrado del hongo canceroso, que equivalió á una verdadera amputación. Formación de una escara seca con el botón del termocauterio. Compresión manual de la aorta abdominal, durante la ejecución de la intervención. Taponamiento con gasa yodofórmica. Se repite la cauterización veinte días después.

RESULTADO.—En curación. Notable mejoría. Supresión del escurrimiento icoroso y de la metrorragia. Quizá más adelante pueda soportar la histerectomia que se encuentra siempre indicada, por seguir la invasión ulcerosa neoplásica, detrás de la escara. Se inyecta cacodilato y clorhidrato de quinina. Sale mejorada el 13 de Mayo por defunción de un miembro de su familia, prometiendo volver para curarse,

40.—Agustina de León.

De 52 años. De México. Viuda. Cocinera. Ingresó el 17 de Abril de 1902.

ANTECEDENTES.—Reglas menorrágicas desde los 16 años. Multípara, 3 partos normales. El puerperio del tercer parto acompañado de fuerte y prolongada metrorragia. El último producto murió de 9 meses de accidentes de heredosífilis paterna. Quedó estéril aquejando desde entonces síndrome uterino. Hace 15 y 12 años sufrió amenorrea por 4 y 6 meses respectivamente.

DIAGNÓSTICO.—*Fibromas múltiples* murales y uno sub-peritoneal situado en la cara posterior, cerca del istmo, el que puede palparse por ser muy delgadas las paredes del vientre. El volumen de este último es comparable al de una nuez. *Endometritis hiperplásica.*

INDICACIONES.—La supresión de las metrorragias marcadas desde Noviembre de 1901, que la agotan, inhabilitándola para todo género de trabajo.

OPERACIÓN.—Abril 18. (A. clor. 35 gramos). Histerectomía abdominal subtotal con incisión de 8 centímetros. No se conservaron los ovarios por estar muy esclerosos y además por la edad que tiene la enferma, en quien se retardó la menopausia por la degeneración neoplásica fibrosa.

RESULTADO.—Curación completa. Alta el 15 de Mayo. Peso del útero, 250 gramos.

41.—Petra Grimari.

De 30 años. De México. Soltera. Lavandera. Ingresa el 12 de Abril de 1902.

ANTECEDENTES.—Tifo y neumonía en la infancia. Multípara, 5 partos fisiológicos. Un aborto final quedando amenorrea por tres años. En 1892 sufrió en

Veracruz la fiebre amarilla. Desde entonces se embriaga con grandes cantidades de aguardiente, substituyendo éste con el pulque, desde que vino á México, hace tres meses. Un mes antes de su ingreso tuvo entero-colitis y hepatitis aguda que terminó por absceso.

DIAGNÓSTICO.—*Gran absceso* del lóbulo izquierdo del hígado con adherencias peritoneales, su borde inferior desciende dos traveses de dedos bajo del ombligo.

OPERACIÓN.—Abril 21. (A. clor. con 40 gramos). *Laparotomía media supraumbilical.* Comprobadas las adherencias se debridó ampliamente el foco supurativo y se taponó con gasa esterilizada su cavidad.

RESULTADO.—En curación. Muy mejorada.

42.—Eulogia Sánchez.

De Ixtacalco. De 60 años. Viuda. Tortillera. Ingresa el 1º de Diciembre de 1901.

ANTECEDENTES.—Multípara, 3 partos de término. Alcoholismo.

DIAGNÓSTICO.—Gangrena seca del pie derecho. Ateromasia generalizada. Limitación de la gangrena al nivel de la primera interlínea articular tarso-metatarsiana.

INDICACIONES.—La supresión de la toxemia y la limitación del proceso gangrenoso que se obtuvo á fines de Marzo.

OPERACION.—Abril 4 de 1902. (A. clor. con 25 gramos). Fracasó la inyección intrarraquídea de 2 centigramos de cocaína, á pesar de haber salido el líquido cefalorraquidiano. *Amputación de la pierna* en el lugar de elección (tercio superior), por el procedimiento de raqueta peculiar del Dr. Montes de Oca.

RESULTADO.—Curación del muñón por primera intención. Alta el 14 de Mayo.

43.—Severiana Rodríguez.

De Guanajuato. De 39 años. Casada. Lavandera. Ingresa el 26 de Abril de 1902.

ANTECEDENTES.—Viruela en la infancia. Reglas menorrágicas y dismenorréicas desde los 13 años hasta su primer embarazo. Multípara, 3 partos de términos á los 14, 17 y 20 años de su edad. Desde el último aqueja descenso uterino, síndrome y leucorrea amarillenta.

DIAGNÓSTICO.—*Colpocele anterior y posterior.* Vagina amplia. Utero pequeño en regresión senil precoz.

OPERACIÓN.—Abril 28. Perfecta analgesia con dos centigramos de clorhidrato de cocaína y que se mantiene las dos horas que duró la intervención. *Colporrafia anterior* y *colpoperineorrafia.* Ningún malestar se origina por la cocainización.

RESULTADO.—Curación completa. Está para salir del hospital.

44.—Juana Chávez.

De México. Casada. De 24 años. Lavandera. Ingresa el 24 de Abril.

ANTECEDENTES.—Menorrágica desde los 13 años. Después de 2 años sola-

mente, dura la regla 4 días. Nulípara. Varios ataques de peritonitis pelviana post-menstrual desde fines del año de 1901. Leucorréica.

DIAGNÓSTICO.—*Retroversión adherente.—Metritis parenquimatosa.*—Anejos prolabados hacia el fondo de Douglass.

OPERACIÓN.—Abril 30. (A. clor. con 70 gramos). Legrado, previa dilatación del orificio interno muy resistente por hipertrofia del anillo de Bandl. *Celiotomía suprapúbica* con incisión de 7 centímetros. Resección cuneiforme en ambos ovarios: degenerado el derecho por quiste seroso del volumen de una nuez y cuya pared se extirpó do su yacimiento en el centro del parénquima. En el izquierdo existía quiste hemático del mismo volumen encerrando un coágulo. Trompas permeables. *Desprendimiento* de las adherencias peritoneales organizadas que retenían la matriz en retroversión. *Acortamiento* de los ligamentos redondos. La esterilidad se ocasionó por las lesiones señaladas en los ovarios. Duración: 90 minutos.

RESULTADO.—Curación rápida. Está para salir del hospital.

45.—Josefa Romero.

De Aguascalientes. Viuda. De 30 años. Q. D. Ingresó el 9 de Abril de 1902.

ANTECEDENTES.—Fué sana en la juventud. Primera menstruación á los 13 años, siendo normal y durándole 5 ó 6 días. Casó de 14 años. Multípara, 6 partos normales. Un aborto de 5 meses. Sufrió de dismenorrea menstrual desde el matrimonio, durándole el dolor los 5 días que correspondían á la menstruación. Ultimo parto el mes de Abril de 1898. La niña sufrió tres ataques de eclampsia en un mismo día, siguió bien hasta morir de bronquitis capilar de edad de 17 meses. La enferma sufrió ataque serio de metroperitonitis puerperal, siendo la convalecencia muy retardada, y quedando profundamente anémica.

Desde 1892 comenzó á padecer ataques completos de epilepsia, precedidos de vértigo y angustia precordial. Sufrió varias caídas, las que ocasionaron heridas contusas de la frente y de la nariz. Los ataques se verificaban tanto de día como á las altas horas de la noche, despertando al fin del acceso, que terminaba con fuertes convulsiones. En Puebla y en Veracruz, en donde residía alternativamente, hubo épocas en que sufría accesos en número de 3 ó 4 en el mes, retirándosele otras ocasiones para lograr períodos de calma de 4 ó 5 meses. Más tarde, con motivo de la muerte de su esposo (1900), sufrió crisis epilépticas continuadas, dándole las convulsiones cada hora, su estado mental tendió francamente á la vesanía y dice la sujeto: que estuvo loca durante dos semanas, sin conocer á los miembros de su familia. Un hermano suyo que estudiaba medicina pretendió hospitalizarla en «El Divino Salvador,» pero ella se defendió hasta conseguir impedirlo. En Puebla se la sometió al régimen intensivo poli-bromurado por seis meses, atribuyendo la enferma el estado degenerativo de su mente á esta medicación y mostrando repugnancia por ella, cuando quisimos darle alguna dosis.

En el servicio de mujeres del Dr. Castellanos, á donde ingresó, le dieron varios accesos en una semana y el Sr. Dr. Bulman bondadosamente nos proporcionó la oportunidad de tratar quirúrgicamente esta dolencia. La víspera de la operación le dió un ataque completo diciendo las enfermeras que duró 10 minutos y fué precedido de grito, pérdida del conocimiento, espumarajo

por la boca, fuertes convulsiones generalizadas; intromisión de los pulgares y no hubo caída por haberla sorprendido en su lecho y ser oportunamente auxiliada.

Existe amenorrea hasta por períodos de 6 meses desde su último parto, sufriendo cada mes cólico menstrual.

Su aspecto actual es el de una mujer macilenta, profundamente anémica, locuaz y muy excitable. Acepta la intervención que se le propone, pues dice que su existencia presente es sumamente infeliz y abriga la esperanza de mejorar, cansada ya del inéxito del tratamiento farmacéutico, al que muestra profunda repugnancia.

Su pulso es pequeño y late 100 pulsaciones al minuto; los tonos cardiacos bien timbrados, las pupilas moderadamente dilatadas y obedientes á la luz. La memoria muy rebajada; confunde las fechas pero recuerda que sufrió tifo el mes de Febrero del año actual, y que durante la pirexia le daban accesos tan fuertes y continuados, que hubo necesidad de retenerla con la camisola de fuerza.

DIAGNÓSTICO.—*Epilepsia esencial. Anemia de convalecencia del tifo.*

INDICACIONES.—Las que señalan Alexander, Jonnesco, Chipault y otras autoridades, atendiendo preferentemente á la patogenia más aceptable de la neurosis, explicada por la anemia cerebral, que en parte se produce por las excitaciones viscerales transmitidas por el nervio gran simpático á la corteza cerebral. De ahí la indicación de procurar disminuir la anemia cerebral por la resección de una porción más ó menos extensa del cordón nervioso y de sus ganglios cervicales superior, medio (cuando existe) y del inferior, exigiéndose para el más completo éxito, según Jonnesco, la extirpación del ganglio inferior, que casi siempre él ha podido realizar, siendo antes este proceder considerado como muy difícil y como el «*noli me tangere*» de los cirujanos.

Por nuestra parte tuvimos urgencia de cejar en nuestro propósito de extirpación completa por los motivos que después expondremos.

OPERACIÓN.—Abril 11 de 1902. (A. clor. con 60 gramos á pesar de las 3 horas que duró la intervención). La anestesia fué inmejorablemente conducida y hace grande honra al joven estudiante de Medicina, Sr. Adan W. Hernández.—*Resección bilateral del simpático cervical,* comprendiendo del lado izquierdo el ganglio cervical superior bastante crecido, el cual fué separado de sus conexiones con los nervios neumogástrico, espinal é hipogloso, usando de la tijerilla curva y roma en su punta.—No existió ganglio medio; se llegó hasta muy cerca del ganglio inferior, penetrando en el triángulo limitado por la tiroidea inferior, el músculo escaleno anterior y la arteria sub-clavia. Se desistió de extirparlo por no percibirlo con claridad y prolongarse la faena; se arrancó el filamento nervioso y se suturó la herida por dos planos, el primero profundo con el catgut, y la piel con surjete de crin de Florencia.—Se dividieron dos ramificaciones del plexo cervical, dejando intacto el cordón del espinal accesorio que se vió desprenderse del borde posterior del externo cleido-mastoideo, cuyo borde fué el trayecto que siguió la incisión, la cual se extiende del borde posterior del mismo apófisis, terminando hacia abajo en la unión del tercio interno con el medio de la clavícula. Se gastaron dos horas en esta operación.

Extirpación del ganglio superior derecho y del cordón del nervio gran simpático que le sigue, hasta cerca de la curva de la arteria tiroidea inferior, mediante la incisión de unos diez centímetros, respetando la vena yugular

externa, que se dividió entre dos ligaduras en el lado izquierdo del cuello. Se afrontó por el mismo género de suturas esta herida y el tiempo gastado fué el de una hora. Durante la maniobra, pudimos notar que al pellizcar los ganglios simpáticos en ambos lados, para efectuar su arrancamiento á la entrada del orificio desgarrado posterior, se determinaba en la enferma ligera excitación cerebral y placas azuladas de neuro-parálisis en los bordes del pabellón de la oreja, sin fenómenos perceptibles en las pupilas ni en la cara, así como ligero estremecimiento muscular y aceleración del pulso.

Decurso post-operatorio.—En la noche del día 11 que se operó la enferma, presentó ésta facies tranquila, moderada dilatación de ambas pupilas; enfriamiento general de la piel de todo el cuerpo (que deploramos no poder precisar con el debido rigor por carecer de termómetro apropiado) y que hacía vivo contraste con la temperatura axilar de 38°, batiendo el pulso 120 al minuto y conservando el carácter de débil tensión que presentó antes de la operación.

Los días subsiguientes continuó la elevación térmica, variando entre 37°6 matinal y 38°6 vesperal. La temperatura exterior se niveló con la interna al cuarto día, habiendo antes tenido poco éxito para conseguir este fin, los medios usuales de calefacción y abrigo y los excitantes difusibles que se propinaron á la enferma *larga manu.* Desde el día 14 reveló la paciente grande excitación cerebral, moderándose notablemente ésta después del día 16 en que sufrió un ataque epiléptico incompleto.

Las heridas se presentaron, con buen aspecto la del lado izquierdo, y comenzó á supurar la del derecho, siendo necesario debridarla para dar salida á una pequeña cantidad de pus. Después se cicatrizaron terminando la elevación térmica el 29 de Abril.

Abril 30.—Ligero ataque en la madrugada. La enferma acusa dolor en las inserciones del trapecio y del deltoide y pesadez del brazo. La sensibilidad está intacta. Atribuimos este síntoma que persistió durante algunos días, á paresia muscular ocasionada por la sección de algunos ramitos del plexo cervical del lado izquierdo. Lo propio han observado Chipault en Francia y Otero Acevedo en España. Este último distinguido cirujano neurologista, evita en sus intervenciones, en cuanto es posible, el uso de los separadores de Farabeuf, requeridos para hacerse luz cuando se llega al paquete vascular nervioso, detrás del cual yace el ganglio cervical superior; sirviéndose de los dedos de su ayudante y suprimiendo con el propio fin la sutura profunda, que considera que puede pellizcar algunas ramificaciones nerviosas del mencionado plexo cervical. Procuraremos por nuestra parte adoptar tan juiciosas modificaciones en nuestras próximas intervenciones para lograr evitar que se presenten aquellas manifestaciones consecutivas, que repetimos Chipault afirma no tienen gran importancia, y que no son persistentes en los operados.

Se comienza á inyectar cacodilato de sodio para modificar la desnutrición de la enferma exacerbada por el tifo que se dijo sufrió en Febrero pasado.

Día 3 de Mayo.—Ataque muy ligero en la tarde. Hace varios días que la enferma está muy tranquila. Cedió la locuacidad. Duerme perfectamente algunas horas del día.

Mayo 13.—Herida completamente cicatrizada, un poco abultada del lado derecho. Este día sufrió fuerte ataque que ocasionó mordedura del labio inferior.

Por necesidades del servicio pasa de nuevo al del Sr. Dr. Castellanos, en

donde seguiremos observándola en unión de nuestro bondadoso colega el Sr. Dr. Bulman, con el fin de anotar todas las peripecias que acontezcan.

La brevedad de estos apuntamientos que nos exige el plan trazado, no nos permite indicar la interpretación de este caso clínico ni del que sigue, proponiéndonos en un trabajo especial hacer hincapié sobre algunas circunstancias, que parecerían á simple examen, desvirtuar ó amenguar el resultado terapéutico que produce sobre la misteriosa neurosis la intervención quirúrgica, bastándonos indicar que según amplia estadística de cirujanos europeos, es casi constante no sólo la desaparición de los accesos, sino que es frecuente observar la exacerbación de éstos durante el primer año, cediendo ó desapareciendo aquellos en muchos casos durante el decurso del segundo año, que sigue á la resección nerviosa. Esperamos por lo tanto, la observación remota de estos hechos, para poder decidir de las ventajas futuras de semejante intervención, que hemos tenido el honor de ser los primeros que la implantamos en nuestro país, con la convicción profunda de hacer algún bien á estos desgraciados enfermos, cuyo porvenir es tan sombrío y que terminan por constituir una gran mayoría de los asilados en los manicomios, y cuyo estado mental urge por lo mismo tratar de modificar, consiguiéndose esto según eminentes cirujanos, quienes afirman que la insania determinada por la epilepsia, puede llegarse á evitar en muchas ocasiones por la resección nerviosa. Basta consultar con este objeto y para ratificar nuestra afirmación, las estadísticas de Chipault, Jonnesco, Otero Acevedo, etc., algunos de cuyos operados se han mostrado inteligentes en sus labores respectivas, según su oficio ó profesión.

46.—Refugio Garibay.

Niña de 11 años. De Tenancingo. Sirviente. Ingresó al Servicio médico del Dr. Bulman el 25 de Febrero de 1902.

ANTECEDENTES.—Sarampión y Viruela en la primera infancia. Queratoconjuntivitis que terminó por estafiloma opaco del ojo derecho, dejando libre una porción muy estrecha del campo pupilar y que se va á operar ejecutando la iridectomía para crear una ventana amplia, que corrija el defecto actual. Hace algunos años que padece infarto-ganglionar del cuello sin haber llegado á fundirse ulcerándose la piel. El hábito exterior ofrece la falsa gordura, propia del temperamento estrumoso, caracterizado además en la niña por abultamiento del labio superior, muy marcado. Refiere que quedó huérfana hace tres años. El padre era alcohólico consuetudinario y maltrataba á la madre, la que sucumbió de lesión cardiaca consecutiva á reumatismo generalizado. Desde esa época sirvió de *pilmama*, comenzándole accesos epilépticos muy frecuentes, terminados los cuales, dice quedar muy cansada y torpe de la inteligencia. Ha sufrido varias contusiones por las frecuentes caídas que aquellos producen y que no han podido evitar las personas á quienes servía, y para las que llegó á ser una carga pesada la enfermita, motivo por el cual se decidieron á internarla en el hospital. Dice no venir precedidos los ataques de *aura* especial, así como no haberla sometido á ningún tratamiento médico.

En la 2ª Sala de Medicina tuvo dos ataques completos, y sufrió tres en nuestro servicio desde el 11 de Abril al día en que se operó. Uno de ellos lo presenciamos; la niña cargaba una tina en la azotehuela y cayó pesadamente

sobre el lado derecho de su cuerpo, dando un grito ahogado y soltando el objeto que llevaba. Los síntomas, fueron los clásicos del gran mal.

La inteligencia es de nivel medio en los días retirados de los accesos; la memoria es feliz.

DIAGNOSTICO.—*Epilepsia esencial. Linfatismo.*

Pulso antes de operarse, con buena tensión; 80 pulsaciones al minuto; 24 respiraciones; tonos cardiacos normales.

OPERACIÓN.—Abril 25 de 1902. (A. clor. con 40 gramos, difícil por espasmo glótico reiterado y vómitos biliosos, que interrumpen la anestesia y alargan por esto mismo la duración de la intervención, que fué de 2 horas.)—*Simpatectomía bilateral* comprendiendo los ganglios superiores y el cordón nervioso hasta arriba de la arteria tiroidea inferior. Las incisiones son de 8 centímetros y terminan ambas arriba de la yugular externa. Fué necesario y conveniente para la enferma extirparle los ganglios linfáticos infartados, situados inmediatamente abajo del apófisis mastoideo, los cuales impedían efectuar la disección para llegar á encontrar los ganglios nerviosos. Sutura de las heridas por dos planos, el profundo con catgut y con crin de Florencia el cutáneo. No se dividieron sino alguno que otro ramito nervioso del plexo cervical, conservando el accesorio del espinal. Se observó ligera excitación del pulso cuando se pellizcó el ganglio nervioso.

Decurso post-operatorio hasta el día 15 de Mayo. En la noche de la operación el pulso latía 112 por minuto; respiración 32; temperatura axilar 37°2. La temperatura de la piel apreciada con el tacto, parece ser la normal. Inquietud debida á la repetición de los vómitos clorofórmicos. Pupilas normales y ningún fenómeno de neuro-parálisis.

Abril 26.—Pulsaciones, 112; respiración, 32; temperatura axilar, 37°3. Lengua saburral. Continúa el vómito. Se administra Calomelano á dosis refracta.

Abril 27.—Pulsaciones, 94; respiración, 28; temperatura axilar, 36°8. Ceden los vómitos; lengua limpia. Inteligencia despejada; la orina que contuvo gran cantidad de uratos y de fosfatos, aparece este día límpida y de aspecto normal.

La cicatrización de las heridas se hace de primer intento en la parte profunda, despegándose únicamente los bordes cutáneos al quitar el surjete de *crin*.

Mayo 2.—Dos ataques este día, pero notablemente menos severos que los que precedieron á la operación. Uno el 4 de Mayo. Siete ataques el día 7 de Mayo, ó más propiamente uno solo sub-intrante; queda triste y muy cansada, pero al siguiente día recobra su animación acostumbrada.

Por las necesidades apremiantes del servicio quirúrgico, pasa la enfermita bajo la inteligente observación del Sr. Dr. Bulman el 16 de Mayo á la 2ª Sala de Medicina, en donde procuraremos visitarla, para seguir anotando la marcha del caso.

NOTA.—Las enfermas correspondientes á los núms. 6, 12 y 28, salieron curadas en Abril.

La núm. 29, sale en Mayo voluntariamente, por exigirlo la familia.

Mayo 15 de 1902.

DR. F. HURTADO.

DR. I. PRIETO.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA ANTISEPSIA INTERNA EN LAS FIEBRES ERUPTIVAS.

VIRUELA.

Hoy que la viruela, enfermedad cada día más desterrada entre nosotros por el empeño de nuestras autoridades sanitarias en la propagación de la vacuna, está haciendo estragos de consideración en Francia, nuestro distinguido amigo el Dr. Toussaint acaba de publicar un artículo intitulado «VARIOLE EPIDÉMIQUE» en las columnas de la *Revue de Médecine et Thérapeutique, La Dosimetrie*, que creemos conveniente señalar participando de las ideas de su ilustrado autor.

Comienza asentando que esta fiebre eruptiva es el resultado de un germen patógeno, de naturaleza desconocida, que por las vias naturales penetra al organismo; que en período variable de 10 horas á 10 días, incuba, pulula sordamente, invade y envenena la sangre, produciendo el sindrome bien conocido de dolores lombares, constipación, vómitos, cefalalgia, malestar general intenso y calentura elevada. Después aparece la erupción discreta ó confluente y cuando ésta termina desciende la temperatura, pero después de 36 ó 48 horas que las vesículas, trasformándose en pústulas, se enturbian principiando su general supuración, la calentura vuelve á surgir, aparece la agitación, el insomnio, el delirio, los dolores y desórdenes que la erupción ha causado sobre las mucosas. Entonces sobrevienen las perturbaciones cerebrales y las flegmasias viscerales, debidas ya á la reabsorción purulenta, ya á la asfixia que origina el entorpecimiento y supresión de las funciones de la piel. Por todo esto se considera la viruela como una enfermedad larga, penosa, grave y de consecuencias á veces lamentables entre las cuales con frecuencia está la muerte.

La contagiosidad del mal que engendra su propagación y su importancia para el paciente, deben impulsarnos á buscar con empeño, tanto la mejor medicación como el mejor medio profiláctico. He aquí las ideas del Dr. Toussaint, cuya justificación es tan evidente que no vacilamos en sujetarlas al buen criterio de nuestros lectores y que extractamos con la brevedad posible.

A.—Hecho el diagnóstico de la viruela, la indicación principal es saturar rápidamente el organismo enfermo por el *Sulfhidral* para destruir los gérmenes patógenos ú oponerse á su desarrollo, oponiéndose á la evolución del mal causado por su presencia y por las toxinas que de ellos emanan. Este medicamento es, en concepto del Dr. Toussaint (y á nuestro juicio también, como repetidas veces lo hemos manifestado desde hace 3 ó 4 años), el que debe ocupar el lugar de *dominante*. Debe administrarse á la dosis de un gránulo cada cuarto de hora, cada media hora ó cada hora, según la edad y receptividad del paciente, hasta que la saturación del organismo sea evidente, lo cual revela el olor del aliento, el sudor y la diarrea también de olor característico. Disminúyese en seguida la dosis, pero continúa administrándose hasta el fin de la

enfermedad á la dosis de 8, 10, 15 ó 20 centigramos diarios. La influencia de esta medicación sobre la duración y gravedad es evidente.

B.—En el período inicial de calofrío conviene estimular el organismo por el arseniato de estricnina y la cafeína.

C.—Durante la calentura y al mismo tiempo que el *Sulfhidral,* es conveniente administrar la llamada trinidad defervescente, cuyas dosis se aproximan ó alejan según las oscilaciones de la temperatura.

D.—Vigilando el aparato digestivo es conveniente, cuando haya indicación, administrar como purgante una dosis apropiada de Sedlitz Chanteaud, evitando naturalmente la diarrea.

E.—Si la piel está seca y la erupción se hace con dificultad, es preciso administrar el *nitrato de pilocarpina*, un gránulo cada media hora hasta la diaforesis.

F.—Si á la calentura se agrega el delirio, hay que asociar á la trinidad defervescente el *bromuro de alcanfor*, hasta dominar el síntoma.

G.—La antisepsia de piel y mucosas debe hacerse cuidadosamente; los ojos, la nariz y la boca deben lavarse con agua boricada cada 3 ó 4 horas ó con mayor frecuencia en el período de supuración. Estos lavatorios pueden extenderse á las extremidades ó regiones muy invadidas por la erupción. La vaselina boricada es también aplicable con este objeto. Respétense las costras para evitar cicatrices.

H.—Los enfermos deben alimentarse con leche, caldo de pollo, consomé, agua vinosa ó con champagne y una limonada débil, no permitiendo los alimentos sólidos y de mayor poder nutritivo, sino cuando el estado del tegumento externo permite suponer que la mucosa del canal digestivo ha vuelto á su estado fisiológico.

I.—Aun ya curado el varioloso, puede ser un elemento de contagio para todos los que le rodean; por consiguiente, todos sus objetos de uso, ropas de cama, habitación, etc., deben ser desinfectados y antes de volver á su vida habitual, tomar algunos baños jabonosos.

Hasta aquí el Sr. Dr. Toussaint que de una manera clara, concisa y justificada, encierra en breves líneas el tratamiento de esa enfermedad. Permítasenos agregar unas cuantas reflexiones que creemos pertinentes sobre algunos de estos puntos.

Hasta nueva orden, es decir, hasta que el progreso incesante y, en honor de la verdad, bastante rápido y acentuado de la Terapéutica, descubra un agente de mayor eficacia para lograr la antisepsia interna, por cualquiera de las anchas vías que hoy tiene abiertas ante sí, la opoterapia, la seroterapia, la electroterapia, etc., y nos proporcione la llave maestra ó solución final del árduo problema; hasta entonces, repetimos, el *sulfuro de calcium* continuará siendo para nosotros el mejor agente para obtener la antisepsia del organimo.

Bien sabido es, por nuestros artículos anteriores, que desde hace bastantes años hemos empleado *larga manu* este medio terapéutico para combatir, no solamente la terrible infección por el bacilo de Klebs Loeffler, para la cual casi casi merece el honroso título de *específico*, sino también para todos aquellos estados infecto-contagiosos en que la medicación antiséptica se impone, de acuerdo con las modernas teorías apoyadas en las conquistas y descubrimientos de la Bacteriología.

Merece, por consiguiente, toda nuestra aprobación el tratamiento preconizado por el Dr. Toussaint, cuyos efectos hemos comprobado en un gran número de casos; no solamente haciendo tomar el sulfuro al paciente encomendado á nuestra dirección, sino también como el mejor agente profiláctico, á todos los individuos expuestos al contagio por estar en constante ó inmediata comunicación con el enfermo. Y no tan sólo en la viruela, sino en el sarampión, la escarlatina, la fiebre tifoidea, el tifo, la erisipela, etc., hemos tenido la satisfacción de no ver nuevos casos suceder á los que nos ha tocado en suerte tratar.

Creemos, por tanto, que cada día con mayor razón, deben fijar su atención nuestros prácticos en una medicación tan evidentemente útil y que en modo alguno excluye los tratamientos usuales, ni mucho menos las precauciones recomendadas tan justamente de aseo y desinfección externa y domiciliaria.

Hay un detalle, sin embargo, en que nuestra práctica difiere un poco de la seguida por el autor del trabajo á que aludimos. Nosotros creemos de un efecto más benéfico y evidente los enemas del agua oxigenada que constantemente recomendamos; y aun para el tratamiento del tegumento externo estimamos mucho la glicerina oxigenada (el Glycozono de Ch. Marchand) que recomendamos más ó menos atenuada, ó pura si es necesaria toda su actividad, en todos los casos de este género.

Dr. E. L. Abogado.

SECCION XXVIII

REVISTA
DE LA
PRENSA MEDICA EXTRANJERA.

Cito-diagnóstico, por el Dr. Nicolle.—(Tablettes Médicales Mobiles Núm. 70.)—Esperar ver las lesiones anatómicas para determinar con certeza la causa ó naturaleza de la enfermedad, era lo único que podía hacer la medicina antigua cuando sus diagnósticos eran dudosos. Los grupos de lesiones que se encontraban en los órganos eran sus solos medios de comprobación cuando podía hacer la observación; pero ir á observar las lesiones, ó comprobar ó rectificar el diagnóstico con los órganos en la mano, es *importante para la Anatomía y Patología, pero desolador para la Terapéutica.*

El microscopio impulsa un paso más á la Medicina en las dificultades del diagnóstico haciendo, si no menos laboriosa, sí más prácticamente útil la tarea. La investigación de los microbios nos hace llegar á un diagnóstico seguro, cuando los demás síntomas son dudosos; así, por el bacilus de Koch se diagnostica la tuberculosis, por la presencia del de Loeffler la difteria, por el neumococus las afecciones neumocócicas, etc. Pero aún hay más, observando y estudiando las diferentes clases de celdillas del organismo, tanto sano como enfermo, se les encuentran caracteres y propiedades especiales que se modifican, según las necesidades del organismo, constituyendo lo que se llama su manera de reobrar. *Cito-diagnóstico*, reacción de Widol, sero-diagnóstico.

Widol ha visto que los glóbulos blancos de la sangre son los defensores principales del organismo y estudiándoles ha determinado sus diferentes cla-

ses y el papel que cada cual tiene asignado en la policía sanitaria de la economía.

Según sus caracteres, los glóbulos blancos se dividen en tres grandes grupos: los *poli-nucleares*, cuyo núcleo en apariencia múltiple, es en realidad multilobado, con abundante protoplasma, forman, por sí solos, las tres cuartas partes de los glóbulos blancos de la sangre; su lugar de formación parece ser la médula huesosa. Después vienen los *linfocitos* que son celdillas más pequeñas, de las dimensiones poco más ó menos de los glóbulos rojos, casi no están constituidos más que por un núcleo único muy regular.

El núcleo está rodeado por una capa casi imperceptible de protoplasma. Los *linfocitos* son idénticos á las celdillas redondas que forman los elementos fundamentales de los ganglios linfáticos y del vaso y en estos órganos tienen su origen.

Los *linfocitos* están separados de los glóbulos blancos de la tercera categoría, por una gran variedad de formas y dimensiones; éstos últimos han sido designados con el nombre de *leucocitos mono-nucleares*, que son más voluminosos que los poli-nucleares, con protoplasma abundante y de núcleo único. Como los linfocitos, de los cuales se derivan, tienen su origen en los órganos linfáticos.

Las otras variedades de glóbulos blancos que se encuentran en la sangre, se distinguen de las variedades precedentes, por las propiedades de las granulaciones de su protoplasma para con las materias colorantes, y casi no se encuentran sino por excepción en la sangre normal.

Cada uno de estos diferentes elementos desempeña diferente función policiaco-sanitaria.

Los linfocitos no gozan de ninguna propiedad fagocitaria, no atacan ni á los cuerpos extraños ni á los microbios. Las funciones fagocitarias activas les están reservadas á los mono-nucleares que son verdaderos *microbiófagos*, y se encargan de destruir lo que en el organismo está en vía de atrofia ó en degeneración y luchan ventajosamente con muchas clases de microbios de las infecciones crónicas. Y estas funciones son comprobadas por la experimentación; si se inoculan productos tuberculosos á los conejos, en el sistema venoso, se ven aparecer gran número de poli-nucleares que ingieren á los bacilos; pero débiles y muy sensibles al veneno secretado por el bacilo, los polinucleares perecen pronto sirviendo de pasto á los bacilos que se reproducen con rapidez en los cadáveres de los fagocitos. Entonces viene otro periodo: cuando las avanzadas han perecido aparecen las reservas, los mono-nucleares, que menos sensibles á las toxinas microbianas, no perecen y constituyen las celdillas epitelioides del folículo tuberculoso en vía de formación. Si varios de estos fagocitos se unen en una masa formando lo que se llama una *plasmodia*, para luchar con más ventaja, entonces forman la celdilla gigante del folículo tuberculoso, elemento el más poderoso de destrucción del bacilo de Koch. Proceso semejante se encuentra en la lepra. Así estas dos infecciones están caracterizadas por el elemento mono-nuclear. Al contrario sucede en las infecciones de neumococus, de estreptococus, de gonococus, en las que la acción de los mono-nucleares es casi nula, no interviniendo sino los polinucleares con exclusión casi total de las otras celdillas del organismo.

A. Avila.

(Concluirá.)

Algo sobre Cirugía militar, por el Dr. N. Senn. (The Journal of the American Medical Association.)—Como resumen de un largo y bien justificado artículo sobre las enseñanzas que se obtuvieron en la guerra hispano-americana, el Dr. Senn llega á las siguientes conclusiones que juzgamos de interés sean conocidas:

I. Teórica y prácticamente las eventualidades en cirugía militar son las mismas que en la práctica civil. II. El soldado herido posee los mismos títulos á la inmunidad contra las infecciones que las personas civiles afectadas de iguales lesiones. III. La suerte del herido está en manos del que aplica la primera curación. IV. La primera curación debe ser tan sencilla como sea posible, compuesta de un polvo antiséptico (ácido bórico 4 partes y ácido salicílico 1), una pequeña compresa de algodón y una pieza de gasa de 40 pulgadas cuadradas. V. No hay medio practicable para desinfectar la herida en el campo de batalla. VI. Las primeras estaciones de curación y los hospitales de campo, son los lugares legítimos donde se debe revisar y corregir lo hecho por el cuerpo encargado de recoger heridos y dar los auxilios indispensables. Todas las operaciones formales deben ser hechas en el hospital donde el herido pueda recibir todos los beneficios de las medidas asépticas y antisépticas. VII. Se prohibe absolutamente tratar de extraer las balas en el campo de batalla. VIII. La constricción para detener la hemorragia no debe durar más de cuatro á seis horas, por peligro de gangrena. IX. Los rayos X prestarán una valiosa ayuda para precisar el sitio de los proyectiles alojados en el cuerpo. X. Las heridas por arma de fuego, de las extremidades, deben ser tratadas teniendo por objetivo la conservación más grande posible, quedando limitadas las indicaciones de amputación primitiva para los casos en que la destrucción de partes blandas, vasos y nervios comprometan seriamente ó hagan imposible la vida del segmento colocado más allá del punto herido. XI. En todas las heridas penetrantes de cráneo está indicada la intervención armada. XII. Las heridas penetrantes del tórax deben ser tratadas por oclusión hermética bajo los más delicados cuidados de asepsia. XIII. La laparotomía está indicada en todos los casos en que peligre la vida del herido por hemorragia interna y al mismo tiempo las condiciones generales del paciente permitan esperar que sobrevivirá á los efectos inmediatos de la operación.

Relaciones entre la Constitución linfática y la Epilepsia esencial por el Dr. A. P. Ohlmacher. (Ibid.)—A. P. Ohlmacher presentó ante la Sociedad de Patología de Chicago un trabajo en el que trata de establecer las relaciones que existen entre la constitución linfática y la epilepsia esencial. En diez y ocho casos que cita encontró á la autopsia: el timus persistente, crecido y aparentemente en actividad funcional; los folículos linfáticos del intestino y bazo muy hipertrofiados; los ganglios linfáticos más ó menos crecidos, de la misma manera que los folículos de la lengua, amígdalas, laringe, tráquea, exófago y aun estómago; estrechamiento de las arterias y desarrollo de la tiroide y del panículo adiposo. La constitución linfática se encuentra también en el asma tímico y avanza el juicio de que existe una analogía tanto clínica como anatomo-patológicamente entre esta «asma» y la muerte repentina que en ella se ha observado y la epilepsía.

C. Viesca y Lobatón.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA.

El hombre.—Representación gráfica de su estructura en cinco láminas sobrepuestas, con texto explicativo por el Dr. D. Rafael del Valle y Aldabalde, médico por oposición del Hospital provincial. Editado por los Sres. Bailly-Bailliere é hijos, Madrid; cuatro pesetas ejemplar.

Con las presentes láminas puede formarse una idea de la situación que ocupa cualquier parte del cuerpo. En la primera figura se nos presenta la vista anterior de las cavidades torácica y abdominal, después de haber quitado la pared anterior de las mismas. En la segunda se encuentran los músculos de la cabeza, del tronco y de las extremidades correspondientes á la cara anterior del cuerpo. En la lámina tercera se estudia con gran precisión la circulación de la sangre, señalando los vasos sanguíneos rojos, el curso de la sangre arterial y los azules el de la sangre venosa.

El sistema nervioso representa la figura cuarta: en la cabeza y en las extremidades del lado izquierdo, casi no se han representado más que los nervios superficiales y cutáneos; en cambio, en las extremidades del lado derecho también se ven los nervios profundos. En el cuello y tronco aparecen la médula espinal y los nervios que de ella parten, encontrándose al descubierto el conducto medular.

La parte central del sistema nervioso, que se halla encerrada en la caja craneana, ó sea el encéfalo, aparece representada en la lámina quinta, que representa el esqueleto; detrás de las paredes protectoras del esqueleto se encuentran, en las cavidades del cuerpo, diferentes vísceras ú órganos interiores.

Tal es á grandes rasgos la marcha que en el estudio del cuerpo humano lleva esta obra, y que ha de prestar gran auxilio á las clases médicas en sus consultas anatómicas, supliendo las operaciones del vivo con gran precisión.

Es asimismo muy útil en los Establecimientos de instrucción secundaria.

*
* *

Los editores Sres. Bailly-Bailliere é hijos completan hoy la colección de *Cuadros Sinópticos* de Villeroy con un nuevo volumen debido á la pluma del sabio profesor Dr. Champeaux y traducido al castellano por el ilustre médico, Dr. D. Gustavo Reboles y Campos.

En él se estudia la *Exploración Quirúrgica de los Órganos*, resultando un libro completamente nuevo, no ya por la forma de su estudio, dada en cuadro sinóptico, sino por la idea que ha tenido su autor de reunir todos los métodos y procedimientos empleados para la exploración superficial ó profunda de los órganos, de una forma verdaderamente sintética y con un fin diagnóstico.

La parte quirúrgica que damos á conocer á nuestros lectores se divide en dos partes. En la primera se trata de los diferentes modos de exploración de los órganos, considerados de una manera general. En la segunda se estudia más especialmente los métodos y procedimientos empleados para cada uno de los órganos en particular, estudiando en primer lugar los resultados que da el método de observación y después los del método experimental ó aplicado.

Al final de la obra contiene un interesante y largo cuadro que nos da á conocer las operaciones que se practican en el vivo con el nombre de su inventor y sus indicaciones.

Resumiendo, diremos que el libro resulta esencialmente práctico, por lo que no dudamos sea tan bien acogido como los precedentes de esta útil colección. Su precio: 5 pesetas, encartonado.

La Patria de Cervantes.—Resulta cada día más amena é instructiva la lectura de esta revista. En el número correspondiente al presente mes hay artículos de gran importancia literaria, como la continuación de la novela *Misterio,* escrita por Doña Emilia Pardo Bazán; *La Reina de los Aljibes* trabajo de gran gusto y mérito literario del Sr. Martínez Barrionuevo, y otros artículos tan sugestivos y originales como *La Tribu de los trescientos picos,* de los *Cuentos Orientales; De vuelta á casa,* terminación de los *Cuentos de otros mundos; Un millonario del Cabo, El poeta Colyard,* y, por último, el artículo verdaderamente interesante y original *Corazón de Mujer,* por el distinguido escritor D. Emilio Dugi. Además, contiene 13 magníficas ilustraciones.

Precio de suscrición: 9 pesetas en Madrid y 10 en provincias; número suelto, una peseta.—Bailly-Bailliere é hijos, editores.

NECROLOGIA

EL SR. PROFESOR SECUNDO LAURA, DE TURIN.

Deber triste, pero deber que es preciso cumplir ha sido y será siempre el rendir un homenaje de respeto á los seres buenos y útiles á la humanidad que abandonan para siempre nuestro planeta, después de haber empleado su jornada realizando una labor provechosa que les eleva y dignifica, que les consagra y hace acreedores á la supervivencia en el libro de la Historia. El Profesor Laura, de Turín, cuya muerte acaba de comunicarnos la prensa extranjera, pertenece á este grupo de personalidades cuya desaparición, aunque neludible y lógica, como todas las leyes de la Naturaleza, lastima y nos arranca una dolorosa protesta.

En breves líneas, por falta de espacio, daremos una ligera idea de quién fué el hombre que acaba de perderse en el lóbrego abismo de lo desconocido, del carácter y empleo de su fructuosa vida, de sus trabajos principales y de la influencia que su labor ha tenido en el movimiento terapéutico actual, evidentemente encarrilado ya por sendero científico y bien marcado.

Secundo Laura nació en San Remo y después de concluir sus estudios primarios y preparatorios, continuó los exigidos para la carrera médica, y á los 23 años de edad, en 1856 obtuvo su título en Turín, siendo poco después Profesor agregado de la misma Universidad y Médico voluntario durante la guerra de la Independencia. En 1865 fué enviado por el Consejo Sanitario, como Comisario del Rey, á Bardoneche durante una epidemia tífica, y por segunda

vez y con el mismo objeto á Torre-Pelice en 1875. Fué miembro del Consejo Sanitario de Turín y Profesor de Medicina Legal de su Universidad de 1870 á 1873, Miembro de la Academia de Medicina desde 1872, Comendador de la Corona de Italia desde 1880, y fundó el «Ospedale Infantile Regina Margharita,» siendo su director y médico en jefe desde 1883 hasta su muerte, es decir, 20 años. Distinguidísimo Profesor de Pediatría, tuvo por consecuencia el título y puesto de Director honorario de «La Pueritia,» sociedad de beneficencia para la protección de huérfanos y niños abandonados. Fué miembro de muchas Academias de Medicina (de París, de Bruselas, de Milán, de Perouse, etc.), habiendo tomado participación en varios Congresos médicos, obras de beneficencia, de socorros mutuos, de la Cruz Roja, etc., que sería largo especificar.

He aquí los trabajós, monografías y obras principales que produjo este obrero infatigable de la ciencia.

Informe sobre la fiebre tifoidea en Bardoneche.

Tratado de Medicina legal y legislación.

Del suicidio.

Estado mental de un amputado.

Informe sobre el análisis de las aguas del lago inferior de Avigliana.

La higiene para todos.

Farmacoterapia dosimétrica comparada (1887), obra notabilísima por revelarse en ella sus profundos conocimientos en Terapéutica y el recto juicio que en todos los escritos del sabio Profesor se advierte.

La madre.—Consejos á las madres italianas.

Fué desde 1883 Director del periódico *La Medicina Dosimétrica Infantil*, publicación muy estimada en Italia y que poderosamente contribuyó á la adopción de la terapéutica alcaloídica en la infancia.

Desde esa época también (1883), en el *Repertorio Universal*, en el *Boletín Dosimétrico* y en *La Dosimetría*, escribió un gran número de artículos notables que por su concisión, lógica de sus razonamientos é indiscutible ciencia en que se apoyaban, fueron el objeto de una alta estimación entre los lectores de estas publicaciones.

El Profesor Laura ha sido uno de los Apóstoles más ardientes y convencidos con que ha contado una reforma que entraña el perfeccionamiento de la Terapéutica rutinaria que nos legaron nuestros padres. En 1877, en el Congreso Médico Internacional de Turín, escuchó el discurso doctrinal de Burggraeve; sus ideas le impresionaron; pero espíritu juicioso y severo, no quiso emitir opinión alguna hasta comprobar personalmente el valor del nuevo método. Cinco años después, en 1882, hizo por vez primera su profesión de fe terapéutica, estampando estas palabras: « *La dosimetría se impone como un deber*, siendo su adopción tanto una cuestión de moralidad profesional como de dignidad científica.»

Escritor elegante, lógico severo y filósofo profundo, la obra del Dr. Laura no es de aquellas cuya síntesis pueda encerrarse en un artículo de tan exiguas dimensiones como el presente; toca pues, á sus discípulos, que continuarán, sin duda, la obra del maestro, analizar con escrúpulo la vida de este meritísimo trabajador, que á un saber por todos reconocido adunaba una honradez á todos perceptible. A pesar de su afecto y admiración vehemente de la dosimetría, en uno de sus escritos asentaba lo siguiente: «Muy lejos de mí la pretensión de considerar á la dosimetría como la última palabra, como la úni-

ca y definitiva etapa de la medicina. La ciencia y el arte no se detienen, tienen su divina idealidad.

La Dosimetría es la medicina exacta. Su carácter genial es la administración de dosis pequeñas y sucesivas de principios activos simples y bien definidos. La dosis media y la dosis máxima son absurdos en la ciencia, son un contrasentido y constituyen un peligro evidente.»

En el congreso de Terapéutica Dosimétrica de 1900, que tuvo por cierto un éxito mucho mayor que el esperado, el Sr. Profesor Laura, con su salud ya quebrantada, dejó su hermosa patria para ocupar en ese gran certamen la presidencia de honor, lugar que sólo podía concederse al ilustre fundador del método ó á uno de sus más conspicuos representantes. Su palabra, á pesar de su organismo enfermo, resonó allí aunque por última vez, persuasiva y brillante todavía, pudiendo traslucirse en sus frases y en su estilo, la convicción profunda del que se siente en posesión de la verdad, de una verdad apoyada por la razón demostrada por la clínica y basada en los hechos adquiridos por el método experimental.

El incansable propagandista, el hábil terapeuta que consagró todas sus energías á la noble tarea de encarrilar á la terapéutica por un sendero verdaderamente científico, no existe ya; pero la buena simiente que dejó con sus labores y sus escritos y cuyos ópimos frutos aprovecha la generación presente y las generaciones futuras recogerán, lo hacen acreedor á nuestro venerando recuerdo.

El Profesor Laura es un elemento de actividad menos en la falange de obreros del progreso actual, pero es un astro de primera magnitud que se agrega á la constelación de los hombres de genio que han fulgurado en nuestra época.

Dr. E. L. Abogado.

México, Junio 1º de 1902.

NOTAS

MANUAL DE MEDICINA INTERNA POR EL DR. MAX KAHANE (de Viena).

Editada por la acreditada casa editora de F. Seix, de Barcelona, hemos tenido el gusto de recibir los cuadernos 5 á 8 de esta interesante publicación, de cuyo mérito hemos podido formarnos una alta idea por lo que en ella hemos podido leer sobre «Enfermedades de los órganos de la respiración.» Pero habiéndose extraviado sin duda alguna en el correo, los primeros 4 cuadernos (1 peseta cada uno), tan luego como los recibamos daremos á nuestros lectores las bases de esa publicación, que desde ahora recomendamos por ser ya conocido el nombre de su ilustrado autor.

NUESTRO SUPLEMENTO.

Por haberse retardado la impresión y el tiro de los fotograbados y litografías correspondientes al trabajo del Sr. Dr. Duque de Estrada que estamos insertando como complemento del periódico, hemos preferido suprimir el pliego acostumbrado que adjuntaremos ya completo en nuestro número próximo.

NUESTRA CORRESPONDENCIA.

Volvemos á suplicar atentamente se sirvan contestar nuestras cartas los Sres. Dres. Donaciano Cano y L. Obregón, de San Diego de la Unión, Gto.; Julián Díaz, de Lampazos, N. L.; Gustavo O'Farrill, de Puebla; Eleno Cervantes, de Río Verde, S. L. P.; Macedonio García Pérez, de C. Linares, N. L.; Ventura O. Viruete, de la Paz, B. C.; Alonso Avila, de Mérida, Yuc.; Nicolás F. Banda, de Guadalajara, Jal., y Profesor A. Coellar, de San Luis Potosí y Dres. Juan Rodríguez, de Toluca, Méx., Plácido Padilla, de Tepatitlán, Jal., Ezequiel Quiroz, de Pachuca, Hid. y Juan Villaseñor, de Silao, Gto.

VALIDOL.

Entre los folletos y muestras que con frecuencia se nos remiten de los nuevos productos que se trata de introducir en la Terapéutica, acabamos de recibir de la «Vereinigte Chininfabriken Zimmer y Comp., Frankfurt A. M.»; este nuevo medicamento, del cual en efecto se han ocupado ya muchas publicaciones como sedante, analéptico y analgésico de valor. Cítase como específico incomparable y de efecto seguro en la intoxicación alcohólica, y por ello nos proponemos estudiarlo clínicamente y dar á la brevedad posible cuenta á nuestros lectores del resultado obtenido.

LA REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA MEXICANA.

Muy á nuestro pesar hemos tenido la pena de suprimir desde hace varios números esta interesante Sección de nuestro periódico, por el mucho recargo de material que siempre tenemos. En cartera tenemos algunos trabajos analíticos de varios artículos publicados últimamente en nuestra prensa médica nacional, y desde el próximo número comenzaremos sin falta á insertarlos, principiando por la Revista especial de Oftalmología, enviada por nuestro laborioso amigo y compañero el Sr. Dr. J. de Jesús González, de León, Guanajuato.

Tenemos también en cartera y pronto daremos á luz algunos juicios críticos sobre varias obras y monografías que se nos han enviado del extranjero, y que merecen ser conocidas de nuestros lectores.

SUMARIO.

TOMO. V MÉXICO, JULIO 1° DE 1902 NÚM. 7.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA
(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)
—Y—
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO
DR. ENRIQUE L. ABOGADO,
Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION VI.

UN CASO DE PIELO-NEFRITIS DOBLE

J. Q., español, de 37 años, comerciante, casado, refiere como antecedentes morbosos una otitis externa en su infancia, fiebre amarilla en su adolescencia, paludismo y dos blenorragias en su juventud; en él, como en sus parientes han dominado las manifestaciones cutáneas polimorfas del artritismo; es robusto y de buen aspecto general.

Cuando el enfermo iba á la escuela en su pueblo (á la sazón tenía siete años de edad), ingirió en una sola vez por una apuesta torpe, la cantidad de seis á siete litros de agua: la diuresis que le sobrevino trajo consigo la necesidad de solicitar en corto lapso de tiempo repetidas licencias para salir de su cátedra al mingitorio; concedidas por dos veces y negada una tercera, retuvo la orina, lo que le trajo un gran abultamiento de la pared del vientre, aumento de volumen muy pronunciado en las porciones inferiores y de la derecha de la cavidad. La tumefacción fué formándose acompañada de un dolor intenso que llegó á provocarle un síncope momentáneo (el enfermito se desplomó). Este accidente le permitió salir de la escuela y evacuar la vejiga, para cuyo objeto duró casi una hora continua, con alguna dificultad y siendo débil el chorro: todo ese día estuvo orinando pequeñas cantidades como á cada cinco minutos.

Quince días más tarde le sobrevino un dolor espontáneo en el hipocondrio derecho, en el flanco y región lombar del mismo lado; la presión de su propia mano en las regiones supra-dichas le era intolerable; este dolor muy intenso no le dejaba posición libre, la menos molesta era el decúbito derecho, el decúbito lateral izquierdo siendo insoportable. Principió paulatinamente antes

para el aparato, aconsejamos la dieta láctea, 0,50 grams. de urotropina diarios al interior, lavados de las vías urinarias inferiores y dilatación progresiva de la uretra hasta hacerle tolerable el cistoscopio.

NOTA.—Este caso me parece interesante por más de un título: producción aguda de hidronefrosis en el principio del padecimiento; orina purulenta por la infección traída en el *locus minoris resistentiæ* por los gérmenes comunes en la orina normal, á los que se añadió el *gonococcus* por progresión ascendente; ataque blenorrágico de ambos riñones con la apariencia de que el izquierdo estaba sano; semejanza del acceso con un cólico nefrítico por la torsión probable del pedículo de la pelvicilla derecha; utilidad de la fonendoscopia y cistoscopia; y por último, la longitud del padecimiento sin manifestaciones ostensibles sobre el estado general.

Dr. A. BENAVIDES.

México, Junio 25 de 1902.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE MAYO DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodríguez Barragán.*

47.—Jesús López.

Casada. De 21 años. De México. Costurera. Ingresó el 15 de Abril de 1902.

ANTECEDENTES.—Tos ferina y viruela en la infancia. Tifo en la adolescencia y neumonía á los 20 años. Menstruación regular hasta 1900 que se casó, comenzándole dismenorrea y dolor sacro-pubiano. En Abril de 1901 ataque severo de peritonitis pelviana, quedando dismenorréica y menorrágica hasta hacerse bimensual la pérdida sanguínea. Nulípara. Constipación rebelde.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis.—Pelviperitonitis crónica.—Retroversión y prolapso del anejo derecho* hacia el suelo de la pelvis. *Esterilidad* de causa ovárica, confirmada al practicar la operación.

INDICACIONES.—La sintomatología severa, la esterilidad y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.—Mayo 5.—(A. clor. con 35 gramos.)—Duración: 60 minutos.—*Legrado.—Celiotomía media suprapúbica* de 6 centímetros.—*Resección* cuneiforme en el ovario derecho, muy adherido al fondo de Douglas y presentando quiste hemático, que se rompió al desprenderlo de sus múltiples adherencias peritoneales. El ovario izquierdo, pequeño y aplastado, se conservó. Las trompas permeables. Peritonitis pelviana predominante en el lado derecho, reve-

lada por intensa inyección vascular. Gruesas várices en el ligamento ancho derecho.

La esterilidad se explica por la lesión del ovario derecho, y el poco desarrollo del izquierdo. *Acortamiento de los ligamentos redondos*, quedando el útero en moderada anteversión. Volvió la menstruación sin ocasionar dolor y en cantidad moderada el día 21 de Mayo.

Alta por curación el 27 de Mayo.

48.—Remedios Hernández.

Soltera. De 45 años. Del Mineral de Santa Rosa (Guanajuato), y de ocupación, portera. Ingresó el día 1º de Mayo.

ANTECEDENTES.—Viruela en la adolescencia. Intensa dismenorrea y menorragias reiteradas desde los 15 años, agravadas á los 20 de su edad por haber caido de un caballo. Hace algunos meses que pierde sangre continuamente hasta hacerse alarmante el deterioro de su constitución. Nulípara.

DIAGNÓSTICO.—*Fibromas múltiples murales y subperitoneales* de evolución pélvica, de consistencia pétrea uno de ellos y enclavado detrás del pubis. *Retroposición uterina*. Probable degeneración esclero-quística de los ovarios. Fuerte enclavamiento de la masa neoplásica.

INDICACIONES.—Las metrorragias y neuralgia pélvica por el enclavamiento. La alteración constitucional, traducida por la hipohemia.

OPERACIÓN: Mayo 7.—(A. clor. con 45 gramos.) Duración: 90 minutos.—*Legrado. Celiotomia media suprapúbica* de 6 centímetros. *Histero-ooforectomia subtotal*, muy difícil por el enclavamiento absoluto y las múltiples adherencias con el omento y con el ciego, cuyo órgano se tostó con el termocauterio en una extensión de 4 centímetros, que presentó aspecto granuloso y sangrante. El apéndice adherido se conservó por ofrecer buen aspecto. Siguióse el procedimiento de la decorticación. Se encontraron impermeables y dilatadas por hidrosalpinx las trompas de Falopio y los ovarios profundamente degenerados. La anestesia fué difícil, despertándose espasmo glótico durante la penosa faena de la liberación de los órganos. No se canalizó el vientre.

Ningún incidente notable después de la operación. Curación rápida. Alta el 18 de Junio, por curación completa.

49.—Sabina Arroyo.

Soltera. De 30 años. De Celaya. Cocinera. Ingresó el 5 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Reglas ligeramente menorrágicas de los 14 á los 19 años. Multípara: tres partos normales, el último en 1900. Sufrió neumonia en 1897. Data su actual dolencia desde Mayo de 1901, y se caracteriza por dolor premenstrual, menorragia é inflamación pelviana, que sin obligarla á guardar cama le hace muy difícil su trabajo de cocinar, con el cual se gana el sustento. Presenta caida de las cejas y del pelo, y el facies recuerda un poco el de los enfermos lazarinos, no obstante que faltan los síntomas de la lepra anestésica ó manchada; no existiendo antecedentes hereditarios ni habiendo habido contacto con algún enfermo de aquella categoría. No hay antecedentes sifilíticos.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis*. El útero grande y duro, alcanza su fondo

al promontorio y arrastra consigo la vejiga, está móvil y retropuesto. El anejo derecho crecido y reclinado por torsión y descenso hacia el fondo de Douglas. El izquierdo fundido al fondo uterino.

INDICACIONES.—El avance de la lesión, la esterilidad y la invalidez para el trabajo.

OPERACIÓN.—10 de Mayo.—(A. clor. con 60 gramos).—Duración: 90 minutos. Por descuido no se aplicó antes de la operación la sonda vesical, y como la vejiga remontaba sobre el pubis al fondo uterino, se abrió el recipiente con la tijera y se derramó la orina, pero por fortuna, antes de abrir el peritoneo, se suturó con catgut y se procedió á la *Histero-ooforectomia subtotal*. Existía quiste ovárico, derecho del volumen de una lima, el cual se puncionó en el fondo de la pelvis, aspirando el líquido seroso. La trompa estaba permeable. Se conservó el ovario izquierdo ligeramente escleroso. Se extirpó la trompa izquierda impermeable. El útero blando y crecido ofrecía fuerte inyección del peritoneo que lo cubre.

RESULTADO.—El 20 de Mayo hubo escurrimiento de orina en el ángulo inferior de la herida abdominal, al reabsorberse la sutura vesical que se dijo fué hecha con catgut; se colocó sonda permanente por ocho días y se canalizó la herida con gasa, obteniéndose luego la cicatrización de la herida vesical y de la del abdomen.

Alta por curación completa el 10 de Junio.

50.—Teodora Rodríguez.

Casada. De 25 años. De Salamanca. Q. D. Ingresó el 7 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Viruela en la infancia, reglada escasamente desde los 12 años, continúa bien hasta que advierte la diminución progresiva de su período desde el año de 1899 que empezó su enfermedad actual, revelándose por dolor en el vientre, seguido de abultamiento localizado al lado izquierdo del hipogastrio, el cual en poco tiempo ascendió hasta el nivel del ombligo; después sobrevino tan rápido crecimiento del abdomen, que obligó á los médicos de Salamanca á puncionar un derrame que diagnosticaron como pertenecer al que es propio de los cisto-epiteliomas del ovario. Las punciones fueron en número de 7, con intervalos de 8 meses para las cuatro primeras y de 3 para las restantes. Cada día se acentuaba la desnutrición y los sufrimientos de la paciente, viniendo á la Capital en busca de alivio por consejo de su médico, uno de cuyos hijos es estudiante de medicina y tuvo la bondad de encomendarnos la curación de la enferma. Esta es nulípara.

DIAGNÓSTICO.—Imposible de hacerse sin punción previa. El vientre está uniformemente crecido por gran cantidad de líquido, su forma es de un ovoide que ensancha hacia arriba la base del tórax, imposibilitando la limitación de la área del hígado y del bazo. Falta la sonoridad del intestino el cual se encuentra relegado y comprimido por el derrame. La palpación acusa la existencia de masas duras neoplásicas, que nacientes en la excavación pelviana en donde se les comprueba por el tacto bimanual, se elevan hasta el nivel del ombligo, produciéndose dolor durante el ejercicio de este modo exploratorio. La circulación suplementaria de la pared abdominal ofrece mediano desarrollo, y se notan algunas cuarteaduras en la piel del hipogastrio y flanco izquierdo.

Faltan los antecedentes obligados de los padecimientos del hígado, productores de la ascitis. La enferma no usa el alcohol. El tinte de su piel es amarillo verdoso, y su facies macilento y arrugado, revela profundo desaliento. Existe soplo anémico en el orificio mitral con propagación carotidea, es notable el buen funcionamiento del aparato gastro-intestinal, á pesar de la compresión y desalojamiento que la lesión ejerce. El enflaquecimiento es muy acentuado. Los ganglios supra-claviculares no están infartados.

El diagnóstico fluctúa entre *neoplasma maligno* con invasión peritoneal y *ascitis*, ó el de enorme *cisto-epitelioma* absolutamente adherido; inclinándose más á este último, en virtud de la tolerancia y relativo alivio que produjeron las punciones repetidas.

INDICACIONES.—Se advierte á la paciente que la operación ha de ser exclusivamente paliativa ó quizá puramente exploradora, á lo cual condesciende apremiada por la gravedad de su dolencia.

OPERACIÓN.—Mayo 12.—(A. clor. con 45 gramos.) Duración: 50 minutos. —*Celiotomía media sub-umbilical.*— Se encuentran los músculos rectos atrofiados y edematosos y el peritoneo muy engrosado y fundido con la pared de un cistoma ovárico que se punciona con un grueso trocar, sin intentar despegar la serosa; se extraen 5,700 gramos de líquido espeso melicérico de color rojo obscuro (ligeramente hemorrágico). Entonces se abrió la cavidad del enorme cistoma y se reconoció su adherencia, la cual llegaba hasta la bóveda diafragmática; el interior encontróse tapizado de granulaciones y yemas neoplásicas, cuyo aspecto es el característico del papiloma quístico. Existía una enorme masa á nivel del ovario izquierdo, que flotaba dentro de la cavidad; se pediculizó con la ligadura de cadena al catgut, cauterizándose la superficie del muñón con el termocauterio. Después se puncionaron varios quistes pelvianos con la aguja del aspirador. Se hizo la *toilette* minuciosa del resto del líquido acantonado en las canaladuras vertebrales y se cerró el vientre, finalmente, con sutura de planos.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.—Enorme *cisto-epitelioma* del ovario izquierdo, correspondiendo á la forma denominada *Degeneración papilomatosa quística*, extendida al tejido celular pelviano, englobando los genitales internos hasta hacer imposible su distinción con la vista y el tacto, ejecutados durante la operación; remontándose las masas quísticas á lo largo de la columna vertebral y excluyendo, por último, á las vísceras abdominales de su normal radicación.

SECUELA POST-OPERATORIA.—En la noche del día en que se operó, la temperatura ascendió á 38°5 y el pulso fué de 84 al minuto; ligero vómito clorofórmico; reacción debida á la inyección de 700 gramos de suero sódico fisiológico que se hizo al terminar la operación.

Día 13 de Mayo a. m. temp. 38°3.—p. 92, facies peritoneal, respiración tranquila, ligero meteorismo epigástrico. Se inyectan 200 gramos de suero; refrigeración permanente del vientre.

Desde el día 14 la temperatura y el pulso son normales y el caso marcha excepcionalmente feliz hasta cicatrizar la herida de primer intento, se indolora el vientre á la palpación profunda, mejorándose el estado general visiblemente y toma la enferma la comida hospitalaria.

Si el derrame se ha reproducido, es en tan mínima cantidad, que no es posible apreciarlo por los medios habituales de la exploración clínica, no encontrando su indicación el tacto vaginal realizado en la posición en pie de la

enferma, por encontrarse ocupada la pelvis por la lesión descrita, que no permite el acceso del fondo inferior del quiste.

RESULTADO.—Curación paliativa. Ansiando volver la enferma á su hogar, solicitó su alta el 5 de Junio.

REFLEXIONES.—Nos limitamos á hacer solamente las siguientes:

1ª Es de recomendar la punción lenta de los quistes, para evitar la descompresión rápida del vientre y los accidentes cardio-pulmonares, que pueden presentarse durante la difícil cloroformización.

2ª Es prudente evitar el amplio despegamiento de las adherencias que tan íntimamente funden la pared del quiste con la pared músculo-aponeurótica del abdomen y que exige la práctica clásica de la ovariotomía normal.

3ª Es posible la extirpación parcial, por lo menos de las masas neoplásicas de mayor volumen; y que en el caso de ser incierto el diagnóstico apuntado en las dos fórmulas mencionadas, y antes de la intervención, inclinan el ánimo á ejecutar dicha extirpación, en virtud de ser conocida la influencia que sobre la contaminación de la serosa abdominal ejercen las yemas fluctuantes del neoplasma, arrastradas como son por el derrame, que complica á estos tumores malignos.

4ª El caso demuestra el inéxito de las punciones que sólo alivian los síntomas mecánicos agravando el estado general por diminución de la albúmina y produciendo la hipohemia rápida en los enfermos. En el hecho actual las funciones fueron inocues, pero es factible y ya se ha señalado la posibilidad de producirse hemorragia incoercible, y hasta el síncope cardiaco, por tropezar el trocar alguna vez hiriendo las lobulaciones neoplásicas más cercanas al lugar llamado de elección para practicarlas; siendo en consecuencia, superior la práctica de la laparotomía, la cual es un ejemplo notable de la conotación que debe de darse al término "*laparotomia exploradora*" y actualmente y por felicidad medianamente *curadora*, supuesto que se puede intentar mediante asepsia rigurosa, la extirpación incompleta de tumores, antes juzgados como saliendo de los límites de los principios de la sana cirugía.

5ª Es conveniente y útil estancar hasta extinguirlo el derrame ascítico sintomático, ó el líquido que contienen los cistomas ováricos, cerrando el vientre por la sutura, en vez de la práctica preceptuada de canalizar ampliamente la cavidad quística.

Consideramos de grandísima importancia esta última conclusión, pues la contraria conducta acaba con las fuerzas de los enfermos por la abundante supuración que se produce, máxime si se trata de sujetos hospitalizados y por ello expuestos á sufrir la contaminación del aire impurificado por las emanaciones de los otros enfermos.

51.—Octaviana de Blas.

Casada. De 32 años. De San Luis Potosí. Q. D. Ingresó el 12 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Unípara: parto normal en 1901. Aborto de dos meses durante el tifo que sufrió en 1895. Menorragias y leucorrea sanguinolenta desde Enero de 1902. Aqueja síndrome uterino. Fuerte metrorragia que duró 15 días en Marzo del año actual, quedando anémica y muy débil.

DIAGNÓSTICO.—*Utero subinvoluto y retropuesto.—Endometritis.—Anejo derecho crecido y prolapsado en el Douglas.—Peritonitis pelviana*, cuya intensidad no se tradujo antes de la operación, ni obligó á guardar cama á la enfer-

ma, la que lactaba á su hijo y hacía sus faenas domésticas, con bastante pena, por el agotamiento que se determinó por la metrorragia que padeció recientemente.

INDICACIONES.—El deterioro constitucional. Preferimos operarla de la manera que á continuación se expresará, por tener la firme convicción de que predominando las lesiones anexiales, la práctica consagrada y usual de hacer la amputación del cuello (que estaba notablemente hipertrofiado en sus porciones supra é infravaginal), el legrado y las operaciones plásticas, que reforzando el canal vaginal y el suelo de la pelvis bastan en casos análogos, en el presente caso de haberse seguido *este programa*, se hubieran probablemente exacerbado la peritonitis pelviana y la anexitis doble.

OPERACIÓN.—14 de Mayo.—(A. clor. con 35 gramos).—Duración: 50 minutos. —Legrado muy amplio, á pesar del cual se vió después al examinar el útero extirpado, lo insuficiente que es la operación en ciertos casos, pues quedó en éste la mucosa degenerada al nivel de los *ostiums* del útero, hecho que comprueba lo difícil, peligroso é incompleto del legrado en úteros puerperales, á la vez que la deficiencia de las cucharillas actuales que se emplean con tal objeto. *Celiotomía media* de 8 centímetros, seguida de la *Histero-ooforectomía* subtotal, siendo imposible todo esfuerzo de conservación, pues las lesiones se nos revelaron con el mayor carácter de agudeza que hayamos visto en nuestra práctica. Existía derrame serosanguinolento en el suelo de la pelvis; muy intensa peritonitis pélvica caracterizada por espesas natas velvéticas que envolvían útero y anejos; várices muy dilatadas en los ligamentos anchos; ovarios crecidos y edematosos, poliquísticos, y finalmente el útero se reveló crecido, edematoso, en suma, *puerperal*.

Se hizo esmerada *toilette* con las compresas asépticas hasta agotar el derrame. No se canalizó la pelvis y se inyectaron 600 gramos de suero artificial en la región submamaria.

RESULTADO.—Curación excepcionalmente rápida y completa en 14 días. No tuvimos inconveniente en darle su alta por precisarle reunirse con su hijo, á quien dejó de lactar para hacerse la operación.

REFLEXIONES.—1ª Es el hecho más reciente de afección aguda genital que hayamos tratado más cerca del parto, y creemos que él apoya la relativa inocuidad de la intervención radical en el puerperio, cuando las lesiones se sospecha que revistan caracteres tan marcados.

2ª Creemos que es indiscutible que la laparotomía debidamente indicada, aclararía toda duda en semejante evento, y que seguida de la operación más propicia en cada modalidad clínica, abreviará la secuela de sufrimientos, que conduce siempre á la larga á ejecutar la obligada mutilación genital.

52.—Refugio Pineda.

Casada. De 20 años. De México. Q. D. Ingresó el 12 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Desde los 14 años sufre dolor premenstrual, cuatro días antes de las reglas, interrumpiéndose éstas durante quince meses á los quince años, y logrando conseguir que volvieran por el uso continuado de tres cápsulas de apiol que ingirió diariamente durante un mes. Sufre jaqueca y adormecimiento de las piernas durante los tres días que dura su menstruación.

Es nulípara y aqueja ligera leucorrea.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis.*—*Prolapso del anejo derecho* hacia el Douglas.—*Esterilidad* de causa ovárica.—*Moderada anteversión.*

INDICACIONES.—Discutimos ampliamente la indicación de la celiotomía y acabamos por adoptarla, desechando la patogenia de los desórdenes genitales, por la explicación *extensiva* de la estenosis productora de la endometritis con retención y reflujo de las secreciones á través del pabellón tubario, con todo lo cual sería fácil, imitando á Doleris, explicar la mayor parte de análogos síndromes patológicos genitales. Se apoyó nuestra decisión en los antecedentes de padecimiento ovárico, instaurado desde la pubertad y en la falta de la extenosis del orificio interno, comprobada por la fácil insinuación de una sonda metálica del núm. 18, que pudo moverse dentro de la cavidad uterina, corrigiendo por el momento la flexión ligera que el cuerpo de la matriz revelaba al ejecutar el tacto bimanual.

OPERACIÓN.—16 de Mayo.—(A. clor. con 40 gramos.)—Duración: 50 minutos.—Ligero ataque de histeria al empezar la anestesia.—Legrado.—El histerómetro acusó 11 centímetros (hecho notable, siendo nulípara la paciente.) —*Celiotomía media* de 8 centímetros.—*Resección cuneiforme en ambos ovarios*, microquísticos. El derecho ofreció 5 folículos de Graaf, abultados, plegados, con los caracteres asignados á los pseudo-cuerpos amarillos, y cuyo aspecto es debido á la degeneración grasienta de dichos folículos.

RESULTADO.—Volvió la menstruación en regular cantidad, experimentando ligera cefalalgia.

Alta por curación, el 18 de Junio.

53.—Cecilia Varela.

Casada. De 28 años. De México. Q. D. Ingresó el 3 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Tifo á los 9 años. Desde los 15 hasta los 26 que se casó, las reglas fueron escasas y dismenorréicas, sufriendo dolor ovárico del lado derecho. Multípara: dos partos de término. Debido á la amnesia de la enferma, ésta no puede precisar ni aproximadamente la época exacta de sus partos. Dice que el primer niño murió, pero no recuerda de qué dolencia; que el segundo nació muerto. Sufrió metroperitonitis puerperal hace algunos meses, quedándole leucorrea y sindrome uterino.

Dice que desde la edad de ocho años le dieron ataques nerviosos con mucha frecuencia, revistiendo la forma del gran mal, precedido de *angor pectoris* y de *vértigo* otras veces; que la madre la recogía después de las crisis y que quedaba sintiendo gran laxitud y atarantamiento; que con frecuencia se producía mordeduras en la lengua. Una vez menstruada, las crisis continuaron por varios años en número variable, sin que tuvieran coincidencia con la menstruación; más bien se verificaban lejos de los días que á aquella correspondían. Después de algunos años y sin haberse curado de una manera continuada, pues en pocas ocasiones tomó pequeñas dosis de bromuros, las crisis se alejaron, hasta presentarse cada 2 ó 3 meses solamente. El día 2 de Mayo presenciamos uno de ellos, que fué típico del gran mal. La sujeto cayó sobre el lado izquierdo después del grito estridente inicial; hubo intromisión de los pulgares, y los períodos convulsivos clásicos; no se observó relajación de los esfínteres.

La paciente revela los estigmas comunes de la histeria, como son: la su-

ma movilidad de la facies; temblor de los párpados; temblor fibrilar generalizado; placas anestésicas ocupando la piel del tercio inferior del antebrazo derecho y la del dorso de la mano. La amnesia es notable y debe señalarse como signo de degeneración. La conformación del cráneo es asimétrica. La sujeto es fácilmente hipnotizable por la compresión digital de los globos oculares. Dos horas antes de la operación logró hacerla dormir por este medio, y durante media el pasante de medicina, Sr. Jorge Ruiz, quien buscó igualmente las zonas histerógenas, siendo negativo el resultado.

DIAGNÓSTICO.—*Histero-epilepsia.*—Degeneración mental.—Amnesia.—*Peri-metro-anexitis.*—Cuello uterino abultado por edema escleroso: fuerte *endometritis*, anejo derecho crecido y prolapsado. Moderada anteversión uterina.

INDICACIONES.—Las propias del padecimiento genital y la mejoría indirecta sobre el fondo histero-epiléptico de la sujeto, que pueda obtenerse por la curación de las lesiones genitales. Quizá más tarde se hará la simpatectomia si no mejora cumplimentándose el programa operatorio que ahora se traza.

OPERACIÓN.—19 de Mayo.—(A. clor. con 70 gramos.)—Sin excitación ni convulsiones.—Duración: 60 minutos.—*Legrado.*—*Amputación parcial* de Schroeder sobre el labio anterior del cuello del útero.—*Celiotomia media abdominal* de 6 centímetros.—*Resección cuneiforme* en ambos ovarios, crecidos por la ovaritis crónica microquística. Trompa derecha impermeable, se abre con la sonda y la tijera y se fija á la superficie del ovario. Se destruyen adherencias del epiplón con el fondo uterino.

RESULTADO.—Curación rápida y completa. No ha venido aún la menstruación. La intervención no despertó exacerbación del estado nervioso; más bien ha producido efecto sedante. No se le ha dado el alta con el fin de observarla mayor tiempo. No ha presentado ningún ataque epiléptico.

54.—Refugio Olvera.

Soltera. De 26 años. De la Villa de Guadalupe Hidalgo.—Costurera.—Ingresó el 13 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Reglas ligeramente dismenorréicas, pero regulares desde los 14 años. Multípara: 5 partos de término; el último en Junio de 1899, sufrió metroperitonitis puerperal, constituyéndose el padecimiento ginecopático desde entonces, el cual se acentuó por menorragia que duró todo un año. A fines de Abril del actual fué tan profusa la metrorragia, que calculó el médico que la asistió que perdería cerca de dos litros de sangre. Aquejó cólico uterino y dolor peritoneal, así como reacción febril de exacerbación vesperal. Ingresó en un estado de aniquilamiento tan grande, que parecía imposible toda intervención quirúrgica.

DIAGNÓSTICO.—*Metroperitonitis difusa.*—Plastrón peritoneal terminando dos traveses de dedo sobre el ombligo y más acentuado del lado izquierdo, en donde la palpación bimanual revela sensación de falsa fluctuación, atribuída á gran piosalpinx izquierdo, ó á las adherencias y á las lesiones propias de la peritonitis exudativa plástica. Grandes exudados pelvianos que enclavando los genitales internos hacen difícil fijar su topografía.

INDICACIONES.—La supresión de la infección procurando ejecutar la operación más urgente en vista de que el estado general agravado por la toxhemia y la hipohemia, parecen no convidar á la intervención radical. Recibe la

enferma tres inyecciones de suero sódico de 300 gramos cada una, unos días antes de la intervención.

OPERACIÓN.—21 de Mayo.—(A. clor. con 40 gramos).—Duración: 2 horas. —*Pan-histerectomia abdominal* excesivamente laboriosa y por el procedimiento de Faure (dos valvas) el único aplicable en el caso. Compresión de la aorta abdominal. Muy difícil la ligadura de las uterinas, las cuales se trozaban al apretar el hilo (indiscutible alteración vascular, análoga á la de los convalecientes de tifo exantemático). Se destruyeron grandes adherencias epiploicas en el lado izquierdo, que fueron las que hicieron pensar en el piosalpinx; éste existía pero era del volumen de un limón é inaccesible á la exploración. Los anejos se extirparon en pedazos por su íntima fusión con el peritoneo pelviano, el cual no alcanzó para reconstituir el piso pélvico y fué preciso suturar el grande epiplón al peritoneo ante-uterino, para cerrar inferiormente la cavidad peritoneal, exteriorizando hacia la pelvis los fragmentos anexiales, que se dijo ya no fué posible extirpar.—Amplio taponamiento con gasa yodoformada hervida y sutura por planos de la herida del abdomen. Se inyectan 800 gramos de suero sódico en la región submamaria.

RESULTADO.—No obstante la gravedad del caso, es notable la inocuidad del traumatismo operatorio. El curso consecutivo ha sido muy halagador, cediendo con los amplios lavados vaginales la pequeña elevación térmica vesperal.—La pelvis se va llenando por granulaciones. El estado general muy mejorado. En curación.

55.—Cruz Rodríguez

Viuda. De 33 años. De Taxco. Sirviente. Ingresó el 15 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Ligeramente menorrágica (8 días desde los 14 años). Dolor pelviano premenstrual á los 16 años. Casó á los 18. Multípara: 6 partos de término normales excepto el último, hace 18 meses, del que quedó enferma de la cintura por haberse dedicado á trabajos rudos á los cuatro días. Aqueja síndrome uterino intenso, leucorrea abundante, meteorismo y vómitos mucosos que se exacerban al venir la menstruación. También siente fatiga y acusa invalidez para el trabajo.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-aneritis.* Anejos procedentes en el Douglas.—Inclusión ligamentaria del izquierdo. Enclavamiento que hace pensar en lo avanzado del proceso peritoneal pelviano.

OPERACIÓN.—28 de Mayo.—(A. clor. con 35 gramos).—Duración: 90 minutos.—Legrado. *Celiotomía* abdominal de 8 centímetros. *Histero-ooforectomía subtotal*, difícil por las fuertes adherencias peritoneales que envolvían los anejos. Trompas impermeables llenas de pus cremoso. La menstruación era por lo mismo *función del endometrio*, dada la impermeabilidad tubaria. Se conservó el ovario derecho, puncionando con la aguja los quistecillos serosos que presentó.

RESULTADO.—Satisfactorio. En curación. Pronto saldrá.

56.—Juana Ramírez.

De 26 años. Casada. Sirviente. De Querétaro. Ingresó el 8 de Abril.

ANTECEDENTES.—Tos ferina á los 7 años. De 11 años infarto ganglionar extrumoso de los ganglios del cuello, que no supuraron. Reglas regulares desde los 13 años. Casó de 16 años y comenzó en 1892 con ovarialgia derecha y síndrome uterino. Parto prematuro de seis meses. Multípara: 3 partos; el primero

ya se dijo que fué prematuro y los otros dos de término. Metrorragia después del segundo, que duró tres semanas. El último fué el 8 de Abril de 1900. Se exacerbó su padecimiento genital hasta sufrir metrorragia en Abril de 1901, y después menorragias más y más largas é intensas cada mes. Ingresó en Junio de 1901 á la Clínica de Ginecología, por metro-peritonitis purulenta, en tan grave estado, que fué preciso que el Sr. Profesor D. Manuel Gallegos le hiciera de urgencia la colpotomía posterior, que produjo el mejor resultado, pues habiendo salido cerca de dos litros de pus grisáceo mal ligado y excesivamente fétido, el estado agudo se dominó y con las atenciones que se le sumistraron durante dos meses, pudo salir por su pie y se colocó después de afanadora en uno de los servicios de Medicina de este hospital. Volvió su regla siempre menorrágica al mes de operada. Reincidió la peritonitis el 6 de Abril de 1902, ingresando por este motivo al servicio, en donde combatimos el estado agudo por las aplicaciones de hielo en el vientre, duchas vaginales calientes, inyecciones de suero artificial, etc., hasta que una vez disminuídos los exudados resolvimos operarla.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis recidivante.*—Utero grande edematoso. Anejo izquierdo grande y fuertemente incluído.

INDICACIONES.—La rebeldía de la dolencia, que no la deja reponerse y expone la vida á la vez que la invalida para el trabajo.

OPERACIÓN.—30 de Mayo.—(A. clor. con 50 gramos).—Duración: 90 minutos.—*Legrado. Celiotomia* abdominal de 8 centímetros. *Histero-ooforectomia subtotal*, por decorticación, que fué muy difícil por existir piosalpinx derecho sobrepuesto al fondo uterino y la matriz ser la que estaba incluída dentro de los ligamentos anchos izquierdos y no el ovario como se apuntó en el diagnóstico clínico. Trompas impermeables. Ovarios profundamente degenerados y soldados íntimamente al peritoneo del fondo de Douglas, á pesar de lo cual no se canalizó el peritoneo, confiando en la asepsia y en nuestros anteriores resultados en casos análogos.

RESULTADO.—Muy mejorada, pronto saldrá radicalmente curada.

57.—Señora de D.

(De la clientela particular del Sr. Dr. Francisco Alvarez.)

De 38 años, de España, viuda y casada en segundas nupcias.

ANTECEDENTES.—Unípara. Sufre metro-anexitis crónica recidivante, de forma metrorrágica desde hace varios años, minando su constitución por no haberse atendido debidamente. Hace tiempo que el Sr. Dr. Alvarez le instaba á que se curase con regularidad. El año de 1901 se consultó al Sr. Dr. Baumgarten, quien diagnosticó hematocele retro-uterino, fundando probablemente su juicio en la sintomatología que entonces dominaba en la paciente, quien sufrió en esos meses de amenorrea. Así las cosas, el Sr. Dr. Alvarez se ocupa asíduamente de la señora, desde mediados de Febrero pasado, con ocasión de haberla sobrevenido fuerte metrorragia que exigió la aplicación de un tapón vaginal y de los medios usuales, que si es cierto dominaron el síntoma alarmante, no bastaron para detener las manifestaciones severas de la flegmasía metro-peritónica que se despertó de la manera más intensa, haciendo temer que la paciente sucumbiera por lo intenso del dolor que apenas se amenguaba con el uso reiterado de las inyecciones de morfina. La temperatura elevada, los sudores profusos, y el vómito tenaz acusaban la toxhemia peritoneal. La ex-

ploración hecha con gran dificultad nos reveló el día 16 de Mayo la existencia de metro-peritonitis extendida hasta arriba del ombligo; la de exudados pelvianos que borrando la bóveda vaginal hacían imposible la perfección diagnóstica. Se supuso la existencia de un foco supurativo, y como quiera que la enferma se juzgó que sucumbiría en breve plazo, se propuso como último recurso la celiotomía, advirtiendo el gran peligro que su ejecución entrañaba.

Siendo aceptada la operación, se procedió á ejecutarla al siguiente día en su domicilio.

Operacion.—17 de Mayo.—(A. clor. con 50 gramos).—Duración: 90 minutos—*Celiotomía media suprapúbica* de 8 centímetros, muy difícil por la vascularización anormal de la pared abdominal. Con suma atención se hizo un ojal en el peritoneo vivamente inyectado, evitando la asa del colon pelviana, que formaba la barrera ó límite inferior de la lesión y gracias á cuya adherencia se había, por los esfuerzos naturales, limitado la flegmasia, independiéndose el resto de la cavidad abdominal del foco flegmásico pelviano. Inmediatamente se reconoció la presencia de gran cantidad de supuración blanquecina, cremosa y de olor intestinal, que se extrajo con compresas, viéndose que provenía de la ruptura de una bolsa salpingea derecha y del tejido celular retro-uterino que supuró en totalidad. La lesión era la clásica del flemón periuterino de Nonat y Bernutz. Matriz y anejos inflamados y estrechamente fundidos. Se pasó un tubo de canalización por la vagina, perforando el fondo de Douglas. La superficie de las asas de intestino estaban cubiertas de natas purulentas y este órgano apareció vivamente inyectado.

Por desgracia y á pesar de las infinitas precauciones que se tomaron se hirió la vejiga en una extensión de dos centímetros y se vió que estaba adherida y remontada hacia el fondo uterino. Se cerró por sutura de catgut y se dejó taponada la cavidad pelviana en la imposibilidad de ocluir por sutura la hende abdominal. Inyección de 600 gramos de suero artificial.

La enferma reaccionó vivamente, la temperatura descendió desde luego, pero al siguiente día temimos que muriese, por el agotamiento y choque nervioso, conjurado el cual mediante las inyecciones subcutáneas de morfina y estricnina, pudo salir de la gravedad y soportó las curaciones que efectuamos cada tercer día bajo la anestesia clorofórmica y después sin ella, hasta el día 27 de Mayo en que fuimos solicitados por el Sr. Dr. Alvarez en las primeras horas de la mañana para atenderla de hemorragia intensa que se produjo desde las diez de la noche anterior y motivada por la reabsorción de la sutura vesical y la ulceración de las venas del rico plexo del órgano, encontrando á la señora en un estado casi agónico. No obstante la suma gravedad de la situación, la cloroformizamos y procedimos á extraer gran cantidad de coágulos que ocupaban las cavidades pelviana y vaginal, así como la vesical; pusimos esta vez una sutura de seda con gran dificultad, pues se trozaban los puntos por estar deleznables las paredes del recipiente urinario; colocamos sonda permanente y reanimamos á la enferma por las inyecciones de estricnina y esparteina y por las de suero sódico.

Siguió tolerando las curaciones los días subsecuentes, pero en uno de ellos volvió á fracasar la sutura y ya siguió gravísima hasta sucumbir el día 8 de Junio.

El caso salía de los límites antiguos de toda intervención quirúrgica y solamente la intentamos en vista de los pocos éxitos que suministra la laparotomía en las peritonitis supuradas.

Lamentamos ser difícil la indicación precoz de intervenir, y es de justicia consignar que el Sr. Dr. Alvarez con su discreción y extensa práctica hizo todo lo posible por salvar á su enferma de la intervención operatoria, que bien comprendía su gravedad y pronóstico azaroso.

Por nuestra parte, firmemente convencidos de la inaudita resistencia de ciertas enfermas, estamos por la intervención precoz, que es indudable suministrará con el tiempo mejores resultados estadísticos.

58.—Señora de F.

(De la clientela privada del Dr. Hurtado.)

Casada. De 28 años. De México. Se atiende y se opera en su domicilio.

ANTECEDENTES.—Constitución linfática. Obesidad acentuada desde el matrimonio. Reglas regulares desde los 15 años. Multípara: tres partos de término, datando el último de fines de 1900, después del cual quedó sufriendo de metro-anexitis. Se hace esteril por la lesión ginecopática y por la obesidad.

La madre murió de cáncer uterino.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis.*—Utero globuloso. Cuello edematoso y abultado. Anejos dolorosos pero en su sitio normal. Retroversión libre.

INDICACIONES.—Las de la lesión. La esterilidad sistemática.

OPERACIÓN.—26 de Mayo.—(A. clor. con 40 gramos.)—Duración: 60 minutos.—*Legrado.—Celiotomía media abdominal* de 10 centímetros por el espesor considerable del panículo adiposo. Resección cuneiforme en ambos ovarios, abultados por la degeneración micro-quística.—En el derecho había quiste hemático del volumen de una nuez, cuya pared se resecó.—Se acortaron los ligamentos redondos.

RESULTADO.—Satisfactorio.—Aún no es tiempo que vuelva la menstruación. En curación.

OBSERVACIÓN.—La enferma y su esposo no vacilaban en pedir la castración útero-anexial si preciso fuera, para curar radicalmente la dolencia. Los convencimos de la necesidad de conservar los órganos enfermos y prometimos ejecutar en el porvenir la extirpación total, siempre que fracasare nuestra intervención conservadora.

59.—Señora de N.

(Enferma del Sr. Dr. Enrique Montero, quien la confía al Dr. Hurtado.)

Casada. De 32 años. De la Capital de un Estado de la República. De regular constitución y temperamento francamente nervioso, llegando á presentar estigmas de histeria, consistentes en desconfianza en su curación.—Adormecimiento de la piel de la cara externa del muslo izquierdo en el territorio innervado por el nervio fémuro-cutáneo; así como dolor mal limitado en la fosa ilíaca izquierda, que dice persistir aún después de la operación que efectuamos, y que no corresponde á trayecto anatómico bien definido, ni se exagera por la palpación bimanual, y que, en suma, juzgo sea de carácter *psíquico*, ó más propiamente, *histérico*.

Es la señora de mucha imaginación, y por desgracia he caminado con mala suerte en su curación, pues los médicos de la Capital de su Estado creyeron aliviarla amputando circularmente el cuello del útero, operación que exacerbó la perimetritis crónica y colocó á la matriz en retroposición dolorosa aunque móvil, despertó la rectitis llamada *ginecológica* é hizo que la en-

ferma después de algunos meses de operada viniese á la Capital, aconsejada por su médico de cabecera, que lo es el Sr. Dr. Montero, quien le aconsejó tomase las aguas de Tehuacán, por razón que creyó conveniente.

Vino la enferma á México, ingresando en una Casa de Salud, en la que un ginecólogo de reputación le hizo el legrado y la reposición manual de la matriz. Permaneció mes y medio bajo esa hábil dirección, pero no encontrando alivio, salió de allí sin aceptar la celiotomía abdominal que se le propuso.

Entonces la ví por su médico de cabecera y obtuve los antecedentes que paso á exponer: La señora es multípara: habiendo tenido dos partos, siendo el último hace siete años, fué mal atendida de ellos, pues la sometieron en el pueblo de la Sierra á las torpes prácticas del manteo, con el fin de facilitarle el alumbramiento. Desde entonces datan sus sufrimientos y la acentuación del nervosismo, exacerbado últimamente por el inéxito de las operaciones dichas.

DIAGNÓSTICO.—*Metritis crónica esclerosa.*—*Anexitis doble.*—*Perimetritis* manifiesta.—*Histerismo.*—Esterilidad por la lesión genital.

INDICACIONES.—La pan-histerectomia por los antecedentes descritos.

OPERACIÓN.—23 de Mayo.—(A. clor. con 40 gramos.)—*Celiotomía abdominal* de 8 centímetros.—*Histero-ooforectomía subtotal*, dejando un fragmento pequeño de la porción supra-vaginal del cuello uterino (pues la vaginal fué antes amputada.)—Se reveló muy intensa vascularización del peritoneo pelviano. Utero grande escleroso. Ovarios profundamente degenerados por la ovaritis crónica, siendo imposible la conservación aún de un solo fragmento, que deseábamos intentar, para evitar á la enferma los accidentes de menopausia artificial, que si sobrevienen y se agregan á la histeria que sufre, han de hacer difícil que la enferma se crea curada con el tiempo.

RESULTADO.—Ninguna complicación post-operatoria. Cicatriz de la herida del abdomen de primer intento. El tacto bimanual no acusa dolor ni exudados, y sin embargo de esto, la enferma, que pertenece á la categoría de las que llamo *inconformes*, se cree no curada, y dice sentir el mismo dolor de siempre, radicado en la fosa ilíaca. Le hacemos comprender que ya no se puede hacer más por su curación, teniendo que ser esto de orden moral, que procure distraerse, y que tiene que ganar mucho con la intervención radical que le hacemos. Le administré desde luego las tabletas de ovarina; los glicerofosfatos y el uso del hamamelis para descongestionar la pelvis y el recto.

En curación. Pronto tornará á su hogar, y de nuevo seguirá bajo la dirección médica *inteligente de su médico de cabecera.*

NOTAS CORRESPONDIENTES Á LAS ESTADÍSTICAS ANTERIORES.

La enferma núm. 41, de absceso hepático del lóbulo izquierdo siguió bien después de la abertura, y posteriormente murió á principios de Junio por haberse ulcerado el estómago y producirse peritonitis por perforación, con la cual duró tres días arrojando por la herida los alimentos. No nos consideramos con el valor suficiente para intentar remediar la situación por la cirugía.

La núm. 16 murió de enterocolitis membranosa.

Salieron por curación, la núm. 44 el día 3 de Junio; la núm. 36 el 5 de Mayo.

México, Junio 20 de 1902.

DR. F. HURTADO.

DR. I. PRIETO.

SECCION XXI.

MEDICINA VETERINARIA

EL TIFO DEL GANADO BOVINO.

Disponíame ya á escribir mi contingente para la «CRÓNICA MÉDICA,» cuando llegó á mis manos el número de «EL MUNDO» correspondiente al día 21 del ppdo. Mayo, en el que se lee un párrafo titulado «La Ranilla y la Fiebre de Texas,» asegurando: que hace treinta y cinco años que se expuso en México por primera vez, que la ranilla y la fiebre de Texas son una misma enfermedad que ataca y diezma los ganados, principalmente al bovino.

La importancia de esta cuestión me impele á no dejar pasar desapercibidos los errores en que, quizá por estar mal informado el articulista, se incurrió en el citado párrafo, tanto más cuanto que esos errores afectan no sólo á la geografía, sino también, y esto es lo más importante, á la esencia de la cuestión.

Dice el articulista: que «la nueva idea no tuvo eco entre nosotros pero sí traspasó la frontera y hubo de encontrar quienes la acogieran, sobre todo en Alemania y Suiza.» Permítame el autor del párrafo que le diga que Alemania y Suiza están muy lejos de ser colindantes de nuestro país; pero haciendo á un lado este pequeño lapsus geográfico, entremos en el verdadero terreno de la cuestión.

Sigue el autor diciendo: «que tras nuevos experimentos efectuados recientemente en ambos lados de la frontera de México, se ha venido á comprobar la exactitud de las aseveraciones de nuestro compatriota, un modesto veterinario de Morelia que murió hará unos cinco ó seis años.» Yo soy moreliano, veterinario y tuve un hermano de la misma profesión y origen, muerto hace veinticuatro años, y ni él ni yo hemos aseverado nunca que la ranilla y la fiebre de Texas sean idénticas, ni tampoco he conocido ningún otro profesor moreliano, pues conozco la procedencia de los veterinarios que hasta la fecha se han recibido. Pero suponiendo que la idea venga de algún aficionado á la ciencia médica veterinaria, no es cierto que la idea esté comprobada; porque si bien es verdad que se han hecho algunos estudios en este sentido, nada hay concluyente aún.

Se me pasaba decir que esta enfermedad no ataca á los ganados en general, sino que es *exclusiva de la especie bovina*, á lo menos la RANILLA, pues las otras especies pueden contraer fiebres de otra forma, y aun la de Texas creo que es exclusiva de la bovina.

Más adelante asienta el articulista: «que ahora se anuncia una nueva teoría que está en camino de ser ampliamente confirmada: la *ranilla* ó fiebre de Texas se pasa al hombre y toma carices distintos en el organismo humano, pero queda el mismo germen, la propia base y análogo punto de arranque que en los animales.

«De ahí el peligro de ingerir carnes de reses atacadas de *ranilla* y de tocar sin escrúpulos las entrañas de los animales muertos por la terrible enfermedad, como en algunas ocasiones se ha hecho en nuestros rastros de ciudad, no obstante las órdenes de incineración inmediatas dictadas por los veterinarios.»

Estas dos últimas aseveraciones son de todo punto inexactas; la *ranilla* no se pasa al hombre ni por contagio, ni por ingerir la carne, ni por tocar las entrañas de los animales muertos de esta enfermedad. No por contagio, porque nunca se ha visto que los que manejan animales enfermos de ranilla se hayan contagiado, pues hasta es dudoso que exista el contagio de un animal á otro. Yo he tenido ocasión de convencerme de esto en multitud de casos que he tratado en los establos, así es que en mi sola opinión esta enfermedad no es contagiosa.

La ingestión de la carne por la especie humana, tampoco ha determinado la enfermedad en el hombre, y yo tengo pruebas muy concluyentes en el asunto, como las tengo también de la inocuidad del manejo de las entrañas de los animales muertos de la enfermedad. Llevo muchos años de servicio en el Rastro de Ciudad y nunca he sabido de ningún operario que se haya contagiado aun cuando tengan escoriaciones en las manos. Si es cierto que se separan del consumo público las reses atacadas de ranilla, es en primer lugar porque así lo dispone la ley reglamentaria relativa del Código Sanitario, y en segundo porque toda carne febril es dañosa y no debe consumirse, porque la evolución de los fenómenos cadavéricos es más violenta.

Pero volviendo al asunto de la identidad de la fiebre de Texas y la *ranilla* de México, debo decir que no está comprobada, toda vez que no se conoce aún el germen que produce esta última y que sea el mismo que da origen á la primera, pues no se puede juzgar de la identidad por solo la semejanza de algunos de los síntomas de ambas entidades nosológicas.

Por algunos experimentos hechos en los Estados Unidos sobre la fiebre de Texas, se cree que el vehículo trasmisor del virus es la garrapata; pero aun admitiendo esta hipótesis, queda en pie la cuestión del conocimiento todavía problemático de la naturaleza de ambas enfermedades. Esperemos este descubrimiento para pronunciar la última palabra.

MANUEL G. ARAGÓN.

SECCION XXVII.

REVISTA

DE LA

PRENSA MEDICA MEXICANA

REVISTA ESPECIAL OFTALMOLÓGICA.

PATOGENIA DEL GLAUCOMA.—(Investigaciones clínicas y experimentales, por el Dr. *Manuel Uribe Troncoso*, de México.)—ANALES DE OFTALMOLOGÍA núms. 4, 5 y 6, Tomo IV y en un folleto aparte. [1]

Habíamos ofrecido, en un número anterior á nuestros lectores un extracto de este estudio, y hoy cumplimos con gusto ese compromiso, pues ha sonado la hora de conceder todo su valor á la obra de los médicos mexicanos, antes postergada y aun escarnecida. La literatura médica nacional se ha enriquecido en estos últimos años con notables obras, y la que ahora vamos á pre-

1 Los Annales d'Oculistique, de París, han reproducido este notable estudio.

sentar en pálido bosquejo, puede considerarse (somos independientes y podemos decirlo muy claro), como legítima gloria. No se extrañe que le concedamos alguna extensión; pues deseamos darla á conocer al público médico, desde las páginas del genuino representante del gremio médico mexicano.

Desde Mackenzie y de Graefe se ha limitado el cuadro del glaucoma, haciendo de la hipertensión el carácter esencial de la enfermedad, habiéndose sucedido las teorías para explicar el aumento de tensión, unos atribuyéndolas al aumento en la producción del líquido, y otros á la dificultad de excreción, al estorbo en la filtración producido por la sutura del iris al ángulo de filtración (Knies.) Como ninguna de las teorías explica todos los hechos, el autor ha emprendido una serie de observaciones y experimentos que lo conducen á considerar que un cambio en la *cualidad* y no en la *cantidad* de los líquidos intra-oculares es la verdadera causa de la hipertonia, y por lo mismo del glaucoma. Recorramos los capítulos del trabajo que analizamos:

Capítulo I. *Glaucoma primitivo.*—El aumento del volumen de los líquidos intra-oculares es un hecho bien demostrado; pero como no se han podido demostrar las lesiones de la coroiditis serosa, causa de su hipertensión, ni tampoco se encuentra el principio de los accesos glaucomatosos, la sutura del ángulo iriano ó de Knies, hay que buscar las causas de la retención en lo que impide la exósmosis del humor acuoso á través del canal de Schlem. Ese obstáculo está precisamente *en el aumento de materias albuminoides* contenidas en el humor acuoso de ojos glaucomatosos. Ayudado el autor de los Sres. Dr. Federico Villaseñor y Profesores Lozano y Castro, ambos Químicos del Instituto Médico Nacional, de México, llevó á cabo pacientes análisis del humor acuoso fisiológico y del humor acuoso de ojos atacados de glaucoma y otras enfermedades oculares, siendo como sigue el resumen de dichas investigaciones, tal como lo presenta el autor.

En los análisis de humores glaucomatosos, la *densidad* ha variado entre 1,005.50 y 1,022, más elevada que la encontrada por Berzelius en el humor fisiológico, 1,005, y que los obtenidos en México por los Sres. Villaseñor y Lozano, que son de 1,012 y 1,007 respectivamente. Han sido también más altas que las obtenidas en los casos de queratitis intersticial y de catarata cuya densidad fué igual ó menor que la del agua. La cifra máxima de 1,022 se aleja mucho de la de 1,009 que correspondió á la de la irido-coroiditis reumatismal.

La cantidad de *materias minerales* osciló entre 0.36 para el humor primitivo, y 0.28 para el reproducido como cifras más bajas, 1.69 en más alta, á oponer á las de 0.49 y 1.23 en los humores fisiológicos y á la de 0.01 en la coroiditis y 2.91 en la catarata senil.

En cuanto á la proporción de las *materias orgánicas* la cifra más baja fué la de 0.78 para el humor primitivo, mayor que las de 0.69 y 0.49 encontradas en el fisiológico. La cantidad máxima fué de 3.85. En la iritis serosa la proporción de serina, 0.35 por 100, fué un poco mayor que la de 0.30 por 100 encontrada en un caso de glaucoma. En la queratitis intersticial hubo también un notable aumento de las materias albuminoides sobre la cifra fisiológica. Este aumento en la catarata se presentó únicamente en el humor reproducido, es decir, en el que se produce después de una primera extracción.

Hay, pues, en el humor glaucomatoso, *aumento* en la *densidad*, en la cantidad de *materias minerales* y en la proporción de las *orgánicas*.

He aquí cómo utiliza el autor estos datos:

Según él, la hipertensión ocular es un síntoma subordinado á la dificul-

tad de la exósmosis de un líquido más albuminoso que normalmente, al atravesar el ángulo de la cámara anterior. Sin embargo, la hipertensión puede producirse: 1º por la mayor dificultad á la excreción que presenta un humor acuoso cargado de materias albuminoides; 2º de una manera mecánica, por rechazamiento de la base del iris contra el retículo esclero-córneo.—No admite una tercera forma de hipertensión provocada por aumento en la secreción de humor acuoso bajo la influencia de una presión sanguínea intra-vascular; porque si las vías de filtración están permeables, el aumento de presión será equilibrado por un aumento en la excreción.

Las materias albuminoides pueden venir ó de un estado inflamatorio del segmento anterior del ojo que carga de fibrina, exudados, etc., el humor acuoso, ó bien como en el glaucoma, de una alteración vascular que permite una dialbuminosis, comparable á la que se produce en la nefritis intersticial.

En el glaucoma no hay aumento en la cantidad del humor acuoso, pues el autor ha encontrado sólo de 5 á 23 centigramos en vez de 30 á 45 que señalan los autores.

En todo lo que va á seguir el autor se refiere al verdadero *glaucoma*, al *glaucoma esencial.*

En el estado normal los vasos del cuerpo ciliar y del iris no dejan pasar la albúmina de la sangre, ejerciendo sin duda una influencia semejante el epitelio de la *pars ciliaris retinae.*—En el ojo glaucomatoso las investigaciones anatomo-patológicas han demostrado la frecuencia y la gravedad de las alteraciones vascularas: Ulrich ha escrito, desde 1882, degeneración hialina de las arteriolas del iris. Elschning señala en un caso de glaucoma agudo, la dilatación de los vasos del cuerpo ciliar que estaban llenos de sangre, alterados algunos capilares. Rochon-Duvigneaud y Rosa Kerschbauer han señalado alteraciones de los vasos ciliares y coroideos: Kuhnt y Haab declaran que la endarteritis de los vasos coroideos y del círculo ciliar principalmente, constituyen *la lesión más constante* del glaucoma. Otros autores han señalado arterio-esclerosis, endarteritis y aneurismas en el glaucoma-hemorrágico. Según Panus y Rochon-Duvigneaud, las arterias retinianas, y aun las venas, serían asiento de inflamaciones.

Elschning ha encontrado muy alterado el epitelio de los procesos ciliares.

Todas estas lesiones son suficientes para explicar el paso de la albúmina de la sangre al humor acuoso.

Veamos ahora cómo estudia el autor, á la luz de estos conocimientos, los síntomas del glaucoma.

León, Gto., Mayo de 1902.

Dr. José de Jesús González.

(Concluirá).

SECCION XXVIII

REVISTA DE LA PRENSA MÉDICA EXTRANJERA

¿Como obra la causa de la enfermedad para producirla?—*Nueva interpretación del «modus operandi» de los principios vitales*, por el Dr. W. R. Dunham, de Keene. N. H.—*(The Journal of the American Medical Association.*—Julio de 1900.)

Hojeando los volúmenes anteriores de esta interesantísima publicación,

una de las prominentes sin duda alguna en la vecina República, he encontrado el trabajo siguiente sobre este punto de filosofía médica que procuraré sintetizar en cortas palabras, pero lo más claro posible para dar una idea de cómo ha tratado de resolver tan importante cuestión.

«El gran adelanto en nuestros días, ocioso parece decirlo, es el ardiente estudio sobre la causación de las enfermedades, y muy á menudo, cuando queremos considerar la causa, tenemos en vista solamente las consecuencias de la enfermedad. El terreno y las fuerzas son los dos factores del problema y ambos deben ser sometidos al escalpelo de la crítica. Mucho se ha dicho sobre el terreno en que se desarrolla el *procesus* morboso; pero muy poco se ha discutido sobre las fuerzas actuantes y con tal manera de considerar la cuestión, el espíritu científico de muchas generaciones se ha satisfecho con la interpretación de que fuerzas exteriores han venido á añadirse á las fuerzas vitales para cooperar á la producción de los fenómenos morbosos que presenta el organismo humano, mientras que es de reciente fecha el que avanzados pensadores se hayan atrevido á negar que se puedan introducir fuerzas suplementarias capaces de obrar en la maquinaria de la vida. Aquella concepción ha prevalecido por largo tiempo y será de difícil eliminación en tanto que no se tenga una idea clara sobre la naturaleza de las *fuerzas vitales.*»

El Dr. Lionel escribía en *The Lancet*, Mayo 24 de 1896. «Deseo llamar la atención sobre el problema de la vitalidad, precisamente porque se empieza á sentir un cambio de opiniones y los espíritus están más dispuestos á aceptar lo que hace treinta años rechazaban.—La vitalidad es una fuerza distinta y todo cambio patológico es directamente la consecuencia de su acción.» Virchow, en su nota al Congreso de Moscow se expresaba así: «He dedicado los últimos días de mi vida á establecer y extender la idea de que la patología debe ser considerada como una rama de la biología. Esto es natural; pero el punto delicado está en realizar de un modo preciso la manera de cómo establecer las relaciones que unen la vida con la enfermedad.» Ahora bien, una investigación paciente hecha en este sentido, revela á la mente que las últimas funciones por las que se manifiesta la vida, constituyen todos los principios activos que pueden obrar en el organismo, ya sea en el estado de salud ó de enfermedad. En consecuencia, la doctrina enseñada hasta el presente, de que algún principio activo y misterioso se introduce del exterior juntamente con la causa de la enfermedad que obra para producirla, ó en otras palabras: fuerzas venidas de fuera que no son *vitales* y atacan al organismo humano, es un error magno y de gran trascendencia. Es necesario comprender primero las funciones especiales de cada uno de los últimos principios de la vida, y cómo obran todos ellos para producir las dos grandes manifestaciones de la actividad vital: actos voluntarios é involuntarios. La salud y la enfermedad están manifiestamente bajo la dependencia de las energías involuntarias.

Para entender ahora cómo se conduce el organismo involuntario en esa perturbación especial que constituye el estado morboso, debemos examinar cada uno de los principios últimos de la vida en sus funciones normales y anormales y su cooperación en el sistema. Estos principios son cuatro: sensibilidad, instinto, sensación y contractilidad.

La sensibilidad es una función de la mente que nos pone en relación con el mundo exterior y rige los actos voluntarios usando para ello del principio de contractilidad. Entre las numerosas subdivisiones de este departamento de-

ben ser colocadas la facultad de razonar, la de pensar y la de darse cuenta de las diferentes emociones.

El instinto es aquella función vital que rige todos los actos involuntarios comprendidos en las manifestaciones orgánicas de construcción y reparación; distribuye el material alimenticio y elimina los desechos. Debe reconocerse siempre, que el instinto es una función vital, pero no de la mente, mientras que la sensibilidad es las dos cosas. La sensibilidad no puede ejecutar las funciones del instinto ni viceversa.

La sensación es totalmente diferente de las dos anteriores. Es principio vital, pero no de la mente que relaciona al organismo con el mundo exterior, mientras que la sensibilidad relaciona al individuo, al *yo*, con el exterior.

Este principio es de gran magnitud y trascendental importancia, debido á que entraña una multitud de oscuros problemas vitales.

Entre las numerosas subdivisiones de las funciones especiales que comprende, citaremos el gusto, el olor, el calor, el frío, el dolor y todos los grados de la irritabilidad cuyo término incluye una gran variedad de sensaciones desagradables. La sensación es una función de la vida expresada por relaciones de contacto y se manifiesta por el organismo entero; la sensibilidad sólo se manifiesta al través del cerebro.

Por último, la contractilidad es el principio que traduce la fuerza animal y ejecuta los movimientos; es ejercido por la mente en los actos voluntarios, por el instinto en los involuntarios.

Tales términos ciertamente que no son de un conocimiento nuevo, pero siempre han sido escuchados con la poca atención que merecen las cosas sin importancia, lo que ha dado más origen á lamentables errores, siendo por ello usadas como sinónimas las palabras *sensibilidad* y *sensación*, sin idea clara de su aplicación precisa, pues algunos libros de texto atribuyen á la piel las funciones de sensibilidad y al cerebro las de sensación. Th. H. Huxley cometió error semejante al decir que la piel posee las funciones de sensibilidad y conciencia. El instinto también se ha confundido con la sensibilidad y casi todos los escritores dan crédito á que la actividad vital llamada *instinto*, ejecuta á la vez actos voluntarios é involuntarios sin distinguirlo de la inteligencia innata. Sin la distinción fundamental de estos principios, sin la comprensión de su manera de obrar aislada y juntamente para producir los fenómenos vitales, no se puede dar paso razonable en la ciencia médico-biológica.

Después de que el espíritu se ha satisfecho con la consideración de que los principios supradichos existen y desempeñan cada uno de ellos su función especial, es importante considerar su conjunto armónico, el *modus operandi* para presentar las dos grandes divisiones de la manifestación vital: actos voluntarios é involuntarios.

La siguiente frase condensa este modo de obrar: Los actos voluntarios se ejecutan en respuesta á la mente; los involuntarios en respuesta á las sensaciones.

El llamado *acto reflejo* ejecutado en respuesta á una irritación ó estímulo representa una operación semejante á la implícita en la frase: *acto vital involuntario* que responde á una sensación. Una sensación es la expresión última de un principio vital. No ha habido acción previa para su desarrollo sino un puro contacto pasivo, de lo cual resulta que el término «acción refleja,» no es correcto para la mejor explicación del fenómeno. La irritabilidad de un

nervio no es una acción sobre el nervio, sino la expresión de una relación de contacto por el nervio como previa condición que puede determinar si va á sucederse un acto vital normal ó patológico.

Las condiciones llamadas salud y enfermedad están presentes como actos involuntarios que responden á sensaciones existentes, normales en el primer caso, anómalas en el segundo. Hay problemas en ciencia médico-biológica que requieren una percepción mental clara más bien que el microscopio para darles una solución correcta.'

En concordancia con lo expuesto, debe reconocerse que la mente rige directamente las actividades involuntarias é indirectamente en grado limitado los actos involuntarios, desarrollando especiales relaciones de contacto en vista del acto que se quiere producir y establecer. Por consecuencia, las medicinas son útiles como medios de producir determinadas relaciones de contacto para hacer nacer ciertas sensaciones, y de ninguna manera porque añadan al organismo principios activos; la medicina no obra, no hay poder medicinal sino una causa de sensación en respuesta de la cual se obtienen actos vitales involuntarios. Cuando comprendemos que los actos fisiológicos llamados salud, suceden á sensaciones normales y los patológicos á las anómalas, es fácil resolver el problema, objeto de este artículo. El contacto de la causa morbosa produce una sensación anómala en respuesta á la cual se obtiene el acto vital patológico, acto que constituye en sí mismo la enfermedad activa.

Esa función vital última llamada sensación, es un departamento que comprende infinitas y complicadas relaciones con el organismo; muchas más de las que se pueden reconocer actualmente. Conservando en la mente que el organismo involuntario puede ser colocado en actividad especial como respuesta á las sensaciones y no de que un principio activo ha sido introducido del exterior, se deduce que no hay ataque del organismo por fuerzas exteriores y que tales causas, incluyendo gérmenes y microbios, son enteramente pasivos orígenes de las sensaciones anómalas, condición necesaria para el génesis de actividades patológicas.

Además de las causas introducidas del exterior, hay un gran número de causas secundarias, desarrolladas interiormente y que continúan el procesus morboso, causas que es muy importante distinguir; tales son los productos químicos que se originan bajo la influencia de la causa, las congestiones que dan nacimiento á sensaciones variadas: la hiperpirexia, etc.

Considerando ahora el conjunto de todo lo expuesto se alcanza fácilmente la importancia que tiene la nueva concepción en la biología médica.

Así en el tratamiento de las enfermedades, encontramos que unas causas deben ser neutralizadas por las sustancias químicas que incluyen los antisépticos; otras eliminadas lo más pronto que sea posible; á veces debemos variar las sensaciones con las sustancias medicinales y otras embotarlas y aun suprimirlas por medio de los anestésicos, opiatas, etc., y siempre se habrá conseguido mucho para prevenir el desarrollo de las causas secundarias.

A menudo es importante disminuir la rapidez de producción de las causas específicas que desarrollan causas secundarias para dar tiempo á la eliminación que conserve el equilibrio y se despliegue por completo la actividad vital.

Dr. Carlos Viesca y Lobatón.

NOTAS

UNA RADIOGRAFIA.

Con afectuosa dedicatoria hemos tenido el gusto de recibir la de una mano, en la cual se hizo la inyección de los vasos, tanto arteriales como venosos por el procedimiento ideado por nuestro buen amigo el Sr. Dr. D. Daniel García, actual Director del Hospital Militar de Tepic, procedimiento descrito en el núm. 10 del Tomo IV de la «*Crónica*,» correspondiente al 1º de Octubre del año pasado, bajo el epígrafe «*Algunas consideraciones sobre la aplicación de los Rayos X al estudio de la Angeiologia.*»

Dicha radiografía ha sido ejecutada en el Gabinete Electroterápico de San Luis Potosí, por los Dres. Arturo Méndez y Marcos P. Mata, cuyos laudables esfuerzos nos complacemos en reconocer y estimular.

En este primer ensayo no se ha obtenido naturalmente una obra perfecta, pero debemos esperar que una serie de inyecciones vasculares perfeccionando la técnica, llegàrá á producir hermosas y fidelísimas reproducciones de la red arterial ó venosa de distintas regiones del cuerpo humano.

NUEVO MÉDICO.

Por carta reciente hemos sabido que el joven Georges Chanteaud, hijo de nuestro apreciable amigo Mr. Charles Chanteaud, tan universalmente conocido por sus preparaciones farmacéuticas y sus gránulos alcalóidicos, de tan general aceptación, acaba de obtener su título de Médico Cirujano en la Facultad de París.

Por tan plausible acontecimiento felicitamos á su respetable y laborioso padre, que tras una jornada fructuosa tiene la satisfacción profunda de ver al vástago que debe sucederle en su noble empresa, poseedor de un título que, acreditando su bagaje científico, lo pone en aptitud de luchar en pro del progreso y perfeccionamiento de la Terapéutica moderna.

Felicitamos asimismo al nuevo campeón que viene á engrosar las filas de los que consagrando su vida entera al servicio de la Humanidad, se hacen desde luego acreedores á su respeto. Son nuestros deseos que el porvenir reserve triunfos y felicidades en el vasto campo de la Ciencia Médica al Dr. Jorge Chanteaud.

Á ÚLTIMA HORA.

Por exceso de material, hemos tenido que suprimir la mayor parte de nuestras «Revistas de Prensa Médica Mexicana y Prensa Médica Extranjera,» así como un artículo que vamos á reproducir, por creerlo poco conocido y de gran interés, del inolvidable maestro el Dr. Gabino Barreda. Excúsennos nuestros lectores.

SUMARIO.

TOMO. V MÉXICO, AGOSTO 1° DE 1902 NÚM. 8.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

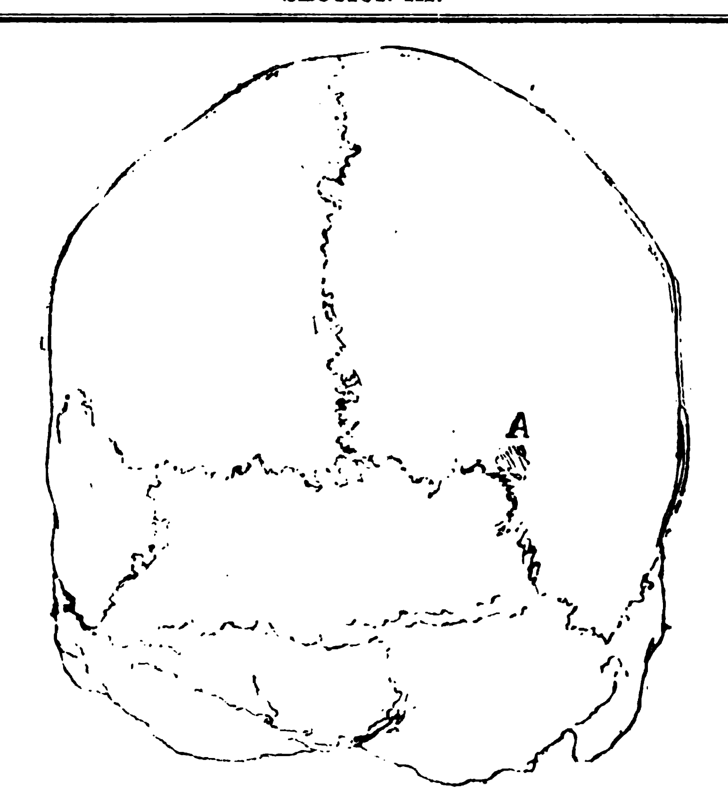
ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCIÓN III.



Occipital cuadrado en el cráneo de un mestizo othomí moderno.—Dr. N. León.—México.

FISIOLOGIA Y ANTROPOLOGIA

Occipital cuadrado en el cráneo de un mestizo othomí moderno.

Nota presentada en la reunión anual 51ª de la "*American Association for the Advancement of Science,*"
Sección H, por su autor, el Dr. N. León,
Profesor de Antropología y Etnología en el Museo Nacional de México.

De entre los despojos mortuorios que de cuando en cuando se exhuman en el panteón municipal de Tula Allende (Estado de Hidalgo), y se arrojan á un lugar común llamado *el osario*, saqué ha poco tiempo con varios muy importantes cráneos de indios othomiés, éste que es objeto de la presente comunicación.

Tiene él todos los caracteres de un cráneo masculino, bien conformado, de cerca de 40 años de edad y sin asimetría notable.

El examen de las varias partes de su base y bordes de la abertura anterior de las fosas nasales, patentiza las particularidades anatómicas propias de la raza india americana.

Pude adquirir algunas noticias respecto al individuo cuyo era este cráneo, y supe que fué hijo de padre indio othomí de raza pura y de mujer descendiente de blanco, así es que era un *mestizo.*

La particularidad anatómica de este cráneo digna de señalarse, es la forma geométrica de su occipital, de figura casi cuadrada. (Véase el grabado.)

Ciertamente que esto no constituye, ni menos en un caso aislado como el presente, un *carácter racial*, y lo señalo tan sólo como dato que ayude al estudio de la morfología del hueso occipital, en lo que creo estriba la explicación de esta anomalía.

La persistencia de la foseta A es digna de tenerse en cuenta para la inteligencia del fenómeno.

Inútil me parece exponer la teoría del desarrollo del occipital; pues es bien sabida de todos los que de ciencias anatómicas se ocupan.

En las fuentes informativas que he tenido á la vista, no encuentro señalado un caso semejante.

Deseo que este dato aislado puedan utilizarlo la ciencia y la laboriosidad de las honorables personas de esta Asociación, que tanto me han honrado prestándome su atención en la lectura de esta nota.

DR. NICOLÁS LEÓN.

México, Junio 12 de 1902.

SECCIÓN VI.

COMPRESION CEREBRAL

COMA.—HEMIPLEGÍA.—CURACIÓN.

Voy á referir una observación clínica que por mis escasos conocimientos me parece de algún interés.

William Holms, norte-americano, como de 40 años de edad, accidentalmente recibió, estando ebrio, un balazo con proyectil de pistola, calibre 38,

en la región supraciliar izquierda, el 27 de Marzo de 1901, á las 12.45 p. m.

Habiendo llegado pocos momentos después el personal del Juzgado y uno de los médicos municipales, éste recogió la mayor parte del proyectil y un pedazo de lámina externa del frontal que se encontraba superficialmente en la herida, poniendo en seguida una curación adecuada.

A las 7 de la noche fuí solicitado con el carácter de médico de la Compañía de la cual era empleado, y pasé á verlo, encontrándome con un individuo cuyas generales asenté al principio, echado sobre la cama, despidiendo fuerte olor á vino, excremento y orina, y en estado comatoso, del que sólo era posible sacarlo hablándole con imperio, sacudiéndolo á la vez, en cuyo caso abría los ojos y daba un gruñido; y con una temperatura de 41° c.

Comisioné á dos enfermeros su cuidado, ordenándoles que lo asearan y repitieran el aseo cuantas veces lo exigiera la relajación de los esfínteres, que le pusieran una bolsa con hielo sobre la cabeza, cuidando de que no faltara éste ni un momento hasta nueva orden y que le hicieran pasar un centigramo de calomel cada media hora, ordenando, además, dieta absoluta.

El 25 á mediodía su temperatura era normal y el coma menos profundo, pues bastaba hablarle fuerte para que abriera momentáneamente los ojos, que ya tenían alguna expresión, y pude apercibirme de que estaba afásico y con una hemiplegía inclusive la cara; siendo de notarse que la parálisis fuera del mismo lado en que tenía la lesión, es decir, del lado izquierdo.

El 29 no hubo cambio alguno.

El 30 todo se encontraba en el mismo estado. Conseguí permiso del C. Juez para trasladarlo al Hospital y el 31 procedí á operarlo.

Descubierta la región, encontré: Una herida no inflamada, sin pus, prueba evidente de que no había sido infectada y la curación puesta por el Dr. Cantú había evitado la infección posterior.

Herida circular, de un centímetro de diámetro, de bordes irregulares, situada en la región supraciliar izquierda á cinco milímetros sobre la unión del tercio medio con el externo de la ceja. En el fondo de ella se notaba que una porción de la lámina interna del frontal, de mayor diámetro que el agujero producido por el proyectil, estaba desprendida del hueso.

Continuando la exploración encontré sobre la bóveda, á cinco centímetros atrás y ligeramente á la izquierda una pequeñísima herida, que más bien parecía un rasguño hecho con alfiler, y yo, como los médicos que me acompañaban, lo hubiera creído así, si no hubiera sido porque noté que de ella salía un tenue colgajo de aponeurósis.

Con una incisión uní ésta á la herida principal y encontré que realmente este trayecto lo había recorrido un pequeñísimo pedazo de plomo (pues una esquirla huesosa por su ligereza no hubiera ido muy lejos) sin interesar el pericráneo.

Desgasté á bisel con el cincel y el mazo el borde superior del agujero formado por el proyectil, agrandándolo á la vez, después de haber despegado el periostio debidamente para que conservara su poder osteógeno, en seguida despegué con una aguja de Cooper la meninge parietal de la lámina que estaba suelta en el fondo de la herida y logré extraer ésta sin bascularla, detalle que no debe olvidarse para no desgarrar el cerebro, viniéndose tras de ella una onda de sangre, una pequeña esquirla huesosa y un pedazo de bala, y á la vez que esto sucedía, el paciente movió su brazo izquierdo tratando de llevar su mano á la cabeza.

Como notara yo que la masa encefálica comenzaba á hacer hernia, coloqué violentamente un pequeño mollar de gasa y supliqué al Dr. Duggan la mantuviera; mientras tanto suturé el periostio y piel que antes había incindido y en seguida puse la curación sostenida por una capelina.

Desde el momento que cesó la cloroformización, que tan eficazmente hizo el Dr. Garza González, se pudo notar que el paciente, aunque torpemente, por lo pronto, daba manifestaciones de que ya no existía el coma ni la hemiplegía.

Día á día se hizo más notable el alivio de ambas cosas, así como de la afasia, y á los 6 días el paciente tenía su conciencia y se pudo dejarle sueltas las manos, que había sido necesario amarrarle porque á cada momento intentaba arrancarse la curación; ya no volvió á evacuar ni orinar sin dar aviso, y nos decía que desde el momento en que habia visto el fogonazo hasta el en que nos hablaba nada sabía.

El día 9 quité la curación, encontrando la herida en perfecto estado y la incisión cicatrizada por completo, quité las suturas de crin y procuré aproximar el borde externo al interno de la herida con vendoletes de tela adhesiva.

El día 14 estaba cicatrizada la herida.

El día 15 declaró ante el C. Juez y comenzó á caminar con muletas, arrastrando ligeramente la pierna izquierda.

El día 2 de Mayo (un mes después de la operación) caminó á pie, apoyándose sólo en su bastón, como un kilómetro para llegar al Juzgado.

Diez días después hizo el mismo camino sin bastón para retratarse.

Esta es, á grandes rasgos, para no cansar á mis ilustrados consocios, la historia del accidente de William Holms.

Resumiendo: Holms recibió una herida con bala que incrustó una esquirla de hueso en la masa cerebral, duró en estado comatoso hasta que se quitó el cuerpo extraño que comprimía el cerebro; estuvo afásico y hemiplégico del mismo lado que la lesión, y la hemiplegía y la afasia curaron por completo en un mes.

Llama la atención en este caso, desde luego el que la parálisis haya sido del mismo lado que la lesión, y ello viene á comprobar que cuando la lesión es cortical y ocupa gran parte de la zona motriz[1] la hemiplegía es total (menos el orbicular de los párpados), y tal vez á esta causa de la hemiplegía haya que añadir la irritación de la dura madre que por sí sola puede producir el fenómeno.

Ciudad Porfirio Díaz, Coahuila.

DR. R. ORTEGA.

Adjunto un retrato del herido.

Como este fué tomado un mes después de operado, la cicatriz aunque completa, todavía conserva el color rosado intenso que no impresiona la placa produciendo negro en la positiva. En el extremo inferior de la cicatriz se nota un ligero reborde que corresponde al agujero producido por el proyectil, que aunque rosado también como estaba saliente y brillante impresionó demasiado la placa y dió blanco en la positiva.

1 Pues aquí indudablemente estaba comprimida gran parte de esta zona, porque aunque la esquirla de hueso que comprimía el cerebro era pequeña, el derrame era abundante.

Nótase también la falta de acción del supraorbitario, muchas de cuyas ramas han de haber sido destruídas en el accidente.

Dr. R. O.

En la fotografía que el autor del trabajo anterior tuvo la bondad de remitirnos, se nota perfectamente en forma de una línea recta la cicatriz cuyo punto de partida fué el tocado primeramente por el proyectil y el punto terminal hacia arriba y hacia atrás, aquel donde concluyó la incisión practicada para extraer la lámina desprendida, la esquirla y el fragmento de la bala.

E. L. A.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE JUNIO DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodríguez Barragán.*

60.—Lázara Palomino.

Casada. De 36 años. De San Miguel de Allende. Molendera. Ingresó el 13 de Mayo.

Antecedentes.—Nulípara.—Estéril.—Menstruación menorrágica y dismenorréica hasta principios de 1901, en que comenzó á disminuir hasta hacerse amenorréica en Febrero del año actual. Atribuye su dolencia, que data de esa fecha, al hecho de haber levantado un bote lleno de agua y muy pesado, sintiendo inmediatamente después fuerte dolor sacro, que se irradió al hipogastrio, y que de una manera sorda, pero continua, ha persistido hasta el presente. Poco después de este accidente apareció leucorrea sanguinolenta y fétida y micción frecuente y dolorosa, comenzando á enflaquecer y á perder el sueño.

Diagnóstico.—*Epitelioma fungoso y ulcerado* del cuello del útero; moderada propagación al parametrio; el cuerpo está poco crecido; hay enclavamiento.

Operación.—Junio 4.—Analgesia por inyección intrarraquídea con 2 centígramos de la solución cocaínica de Erba de Milán.—*Legrado extenso* del hongo canceroso y formación de escara seca con el botón del termo. Mediante la compresión de la aorta abdominal no perdió sangre.

Resultado.—Favorable, en cuanto á que se ha suprimido el escurrimiento sanioso, deteniendo la toxhemia; pero se ha reproducido el neoplasma, debiéndose ejecutar la histerectomía y extirpación parcial de la vagina, dentro de unos días, pues la enferma presenta resistencia y desea sufrir la operación radical.

61.—Eduwiges Sánchez.

Casada. De 34 años. De San José (Iturbide), Q. D. Ingresó el 15 de Abril.

ANTECEDENTES.—Tuvo su primera regla á los 14 años, abundante, intensamente dismenorréica, con calofrío y fiebre, y con duración de ocho días. Así continuaron hasta su matrimonio en 1889, en que disminuyeron en duración y cantidad, cediendo algo el dolor. A los siete meses de casada tuvo un aborto de tres meses, y apenas pasadas algunas horas, la golpeó el marido, obligándola á levantarse y á bañarse en agua fría, lo que le produjo copiosa hemorragia que duró cinco días, é intolerable dolor sacro-pubiano, que le obligó á guardar cama seis semanas. Restablecida la menstruación, ésta fué desde entonces escasa, con duración de tres á cuatro días, continuando la dismenorrea y quedando estéril. A principios de Abril del presente año sufrió intensa inflamación pelviana que dura hasta la fecha. Fué recomendada por el Sr. Dr. Alberto Alzpuru, quien le aconsejó se hospitalizara por carecer de recursos para atenderse debidamente en su domicilio.

El reposo y plan antiflogístico la han mejorado hasta el grado de permitir la intervención quirúrgica.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis crónica.—Pelvi-peritonitis recidivante.*—Fuerte enclavamiento de los genitales internos por exudados peri y paramétricos. *Esterilidad* por la lesión.—*Hipohemia.*

INDICACIONES.—La intensidad y la reincidencia de la peritonitis. La invalidez para el trabajo. La esterilidad y la desnutrición. Parece imponerse la castración total.

OPERACIÓN.—6 de Junio.—(A. clor. con 60 gramos.) Duración 2 horas 40 minutos.—*Histero-ooforectomía total por decorticación*, excesivamente difícil por la completa inclusión de los anejos. Procedimiento de valvas (Faure y Kelly). Desprendimiento del omento adherido sobre el fondo uterino y los anejos. El diagnóstico operatorio comprobó el clínico en todos sus puntos.

Se inyectaron 800 gramos de suero sódico.

RESULTADO.—Excelente. Por la canalización persistente de la pelvis la curación está al punto de completarse y pronto saldrá.

62.—Srita. A. H.

Clientela del Dr. Hurtado.

Soltera. De 40 años. De Zacatecas. Se atiende en su domicilio y se opera en el Hospital.

ANTECEDENTES.—Padece epilepsía esencial desde los 13 años, época en que comenzó á sufrir ataques completos cada mes, revelándose el primero después de ingerir gran cantidad de uvas que á título de regalo y por su buena calidad habían sido enviadas á su familia. De tres años cayó la niña al fondo de un *común* en donde la encontraron sus padres dando gritos de angustia y de donde la extrajeron con alguna dificultad, por ser muy estrecha la abertura de esos recipientes fecales, muy usados en las poblaciones del interior de la República. La niña no perdió el conocimiento ni tuvo ningún síntoma cerebral consecutivo; reveló precoz inteligencia sobresaliendo la memoria, pues afirma su señora madre que retenía con facilidad fábulas y pequeñas oraciones religiosas, bastando que se las recitasen una vez. Después de comenzados

los ataques comiciales, se hicieron éstos tan frecuentes, que en un día llegó á sufrir treinta y dos. No eran precedidos de *aura* manifiesta. Quedaba deprimida su inteligencia y se mostraba apática uno ó dos días después de la crisis.

Por espacio de varios años se le administraron los bromuros alcalinos sin obtenerse resultado favorable.

A los 20 años y no estableciéndose la menstruación á pesar de la robustez notable de la señorita, el Dr. francés Weber provocó su aparición por el empleo durante dos meses consecutivos de emenagogos, sinapismos y baños de asiento calientes. El mismo facultativo, previo reconocimiento interno, permitido por la familia, le colocó un pesario para corregir la retroversión de la matriz, que según dijo existía; renovó la aplicación del pesario, quitándolo en las épocas menstruales, é instituyó igualmente el uso de duchas vaginales de fuerte presión, pues en esa época estaba muy de moda el método de Kiwisch.

Los ataques de la nevrosis continuaron en la misma forma y frecuencia sin presentar preferencia por la fecha de la menstruación, la cual siempre fué dolorosa y abundante, correspondiendo este último carácter con la constitución marcadamente sanguínea que en su juventud reveló la paciente.

Durante cinco años tomó la sujeto baños termales en diversas localidades del Estado de Zacatecas, de donde es nativa, y se le prescribieron por aquejar dolores reumatoides y por existir la creencia popular de que aquellos modifican ventajosamente la epilepsía.

Viendo el inéxito de la terapéutica determinó la familia venir á México, con el fin exclusivo de consultar á los médicos. Desde el año 1884 han visto á la enferma más de veinte facultativos que le han prescrito casi todos los remedios conocidos y secretos. El inolvidable Maestro Sr. Dr. Lavista propuso la castración ovárica que en esa época estaba de moda, rehusándose la ejecución de tal operación por no ofrecérsele á la familia el éxito curativo.

Posteriormente entró la señorita en un período de casi franca degeneración mental, sufriendo algunos accesos de melancolía que duraban hasta dos semanas, presentando otras veces alucinaciones auditivas y visuales, dominando estas últimas bajo forma de verdadera obcecación, pues refiere su familia que siempre que sale á dar algún paseo por los alrededores de la Capital y ve arboledas es acometida de un súbito terror, tiembla, palidece y sufre *ausencia* repentina.

Hace seis años que dirijo su curación y desde un principio prescribí el uso del vino anti-epiléptico de Liéja, de cuya droga ha tomado todos los números, hasta llegar á estacionarse desde hace dos años en el número 4, que es el último de la serie. El resultado ha sido halagador, pues solamente con este medicamento se ha logrado que los accesos se retarden y que hayan disminuído de intensidad, pues desde la fecha mencionada le dan tres ó cuatro en el mes bajo forma de simple vértigo ó de ausencia pasajera; pero cuando por escasez de recursos no puede ministrarle su familia el específico, sufre con más frecuencia los ataques, que llegan á ofrecer los caracteres del *gran mal*.

Los que he podido presenciar se caracterizan por la rotación de la cabeza hacia el lado izquierdo, por contracciones de los miembros y torsión hacia el mismo lado y por vértigo, terminándose por movimientos de defensa ó de repulsión, como si algún ser extraño se aproximara á la enferma y tratara ésta de repelerlo. Observé igualmente la rotación de los globos oculares y la intromisión de los pulgares.

El aspecto de la paciente es el de una persona que sufre hondo trastorno

de la nutrición. Revela gran enflaquecimiento, facies densamente pálido y arrugado como el de una vieja. Aqueja dolores erráticos en el dorso y en los miembros á la vez que sensación de fuerte presión en la región occipital, la cual compara á la presión que allí ejerciera una herradura fuertemente aplicada. Dice percibir ruidos en el interior del oído y los compara al zumbido de la locomotora. Existe amnesia verbal, no acordándose de algunas letras con que deben escribirse ciertas palabras. El tono y la coordinación muscular se hallan disminuídos, y en algunos momentos se encuentra imposibilitada para la ejecución de las faenas domésticas, que constituyen su única y predilecta ocupación. Experimenta cansancio y suelta de las manos, con frecuencia, la escoba ú otro objeto que aprisione.

El apetito y la digestión son normales, á pesar de su pésima dentadura.

La atención no ha rebajado notablemente y puede ministrar la mayor parte de los datos de su largo padecimiento.

El pabellón de la oreja derecha está despegado desde una caída que sufrió durante un ataque; presenta también una cicatriz profunda sobre la piel de la región supra-orbitaria derecha, así como una extensa cicatriz en el antebrazo izquierdo, que se causó al caer dentro de un caso lleno de agua hirviendo.

El pulso rítmico y con tensión normal, late 88 veces al minuto. Las pupilas normales.

OPERACIÓN.—9 de Junio.—(A. clor. con 65 gramos). Duración 60 minutos. —*Resección bilateral del simpático cervical*, comprendiendo los ganglios superiores y el cordón nervioso hasta cerca del ganglio inferior, que no se extirpó por estar muy desarrollada la circulación venosa. Durante la anestesia se excitó la enferma al desprender los ganglios, sufrió espasmo glótico, arrojó alguna cantidad de materia fecal líquida (parte de la lavativa que antes se le propinó); tuvo algunas contracciones tónicas de los miembros y se congestionaron la cara y las conjuntivas. Se alargaron los nervios neumogástricos con la sonda acanalada, observándose en este momento descenso del pulso hasta contarse 44 pulsaciones, y disminuyó la tensión, contrayéndose las pupilas.

Decurso post-operatorio.—Junio 10.—A. M. Pulso á 100. Temperatura 37°2. —Dicen que pasó noche intranquila.—Se queja de molestia causada por el vendaje y se afloja éste. Pupilas contraídas, poco obedientes á la luz; lengua saburrosa.—*Prescripción:* calomelano á dosis refracta. Lavativa de cloral y bromuro.

Junio 11.—Pulso 120. Temperatura 38°. Respiración 40, agitada. Estertores mucosos de bronquitis; tos frecuente y seca; acusa dolores en la espalda y en las piernas. Supura ligeramente la herida izquierda. La agitación cerebral es alarmante y se rehusa la enferma á tomar todo alimento. La boca está seca y la faringe vivamente inyectada. Se acentúa espasmo faringeo y éste continúa los días subsiguientes. La temperatura continúa elevada á pesar del buen aspecto de la herida izquierda del cuello. La del lado derecho se cicatriza de primer intento. Está muy irascible y con dificultad se prestó á la curación, la cual se desaloja por los movimientos desordenados é incesantes de la enferma, que no pueden contener los miembros de su familia y que hace precisa la camisola de fuerza, que no se le llegó á poner. El enflaquecimiento sobreagudo y la palidez me hacen temer un funesto desenlace, el cual se verificó el 15 de Junio, muriendo la enferma de asfixia y síncope bulbar al tratar de ponerle la sonda esofágica para alimentarla, pues llevaba ocho días de no tomar ningún alimento.

El hecho me dejó una penosa impresión y muchas dudas acerca de la causa de la muerte por no haber podido realizar la autopsia, creyendo sin embargo que varias causas influyeron en el funesto resultado, tales como son: la influenza que presentó la enferma, y que en esos días se presentó en otros operados; la inanición, y la excitación cerebral post-operatoria.

63.—Elvira García.

Casada. De 25 años. De Orizaba. Q. D. Ingresó el 10 de Junio.

ANTECEDENTES.—Paludismo de los 9 á los 16 años, una ó dos veces por año con duración de quince días. Primeras reglas de 12 años, siendo desde un principio escasas y dismenorréicas, á la vez que irregulares en su aparición, pues se retardaban ó acortaban los períodos intermenstruales entre 12 dias y 40 respectivamente, acentuándose la irregularidad desde el año de 1901 en que contrajo matrimonio. En la actualidad sufre dolor intenso premenstrual, sindrome uterino y leucorrea. Es nulípara y estéril por la lesión.

DIAGNÓSTICO.—*Utero fibromatoso.* Fibroma mural y subperitoneal, predominando este último, que alcanza la región apendicular.—*Obesidad.*

OPERACIÓN.—13 de Junio.—(A. clor. con 60 gramos).—Duración 3 horas. —Por celiotomía suprapúbica de 14 centímetros se ejecutó la panhisterectomía subtotal, que fué muy difícil por el espesor del panículo adiposo y el fuerte enclavamiento del útero, que se extrajo mediante las tracciones ejercidas sobre tres tirabuzones implantados en diversos puntos del neoplasma. No se conservaron los ovarios por estar profundamente degenerados por el proceso esclero-microquístico. Pesó el útero degenerado 580 gramos y seccionado por su línea media se reveló profundamente escleroso y sembrado de nucleos neoplásicos, desde el volumen de un chícharo hasta el de una lima; siendo los mayores los tres neoplasmas subperitoneales radicados: dos en los cuernos uterinos con que hacían prominencia hacia los ligamentos produciendo fuerte enclavamiento, y el tercero situado sobre el fondo y la superficie posterior de la entraña.

RESULTADO.—Curación completa, retardada únicamente por la fusión del panículo adiposo. Está para salir.

64.—Victoria Ortiz.

Casada. De 19 años. De Valle de Santiago. Q. D. Ingresó el 10 de Junio.

ANTECEDENTES.—Su primera regla fué á los 14 años y tan escasa que solamente duró 12 horas, lo que atribuye á haberse bañado con agua fría. El mes siguiente faltó la regla y las siguientes han sido tan escasas como la primera, precedidas de dolor algunas veces tan intenso que la obliga á guardar cama. Hace siete meses que padece leucorrea mucosa que atribuye á la blenorragia que contrajo su marido en la misma fecha. En 1899 tuvo parto gemelar de cinco meses, después de un golpe que sufrió en el sacro, acentuándose desde entonces el dolor ovárico izquierdo.

DIAGNÓSTICO.—*Endometritis.*—*Metro-anexitis.*—Notable *anteflexión-versión*, siendo el ángulo anterior muy pronunciado y no pudiéndose borrar por maniobra de tacto bimanual, juzgamos que es congénita la lesión.

INDICACIONES.—Las habituales de la flegmasia y la especial que implica la versión-flexión, proponiéndonos ejecutar por primera vez la operación de la cuña posterior recomendada por Thiriar de Bruselas.

OPERACIÓN.—16 de Junio.—(A. clor. con 20 gramos, despertando al comenzar ataque convulsivo de histeria, que no había presentado la enferma antes de esta causa determinante).—Duración 40 minutos.—*Legrado.*—Por celiotomía suprapúbica de 8 centímetros se hace la *resección cuneiforme* de los ovarios crónicamente inflamados, los cuales presentaban quistes hemáticos y serosos respectivamente y del volumen de una nuez pequeña. El anejo derecho hubo que desprenderlo del suelo pélvico. Se talló una cuña sobre la cara posterior de la matriz, partiendo del fondo y terminando en el istmo, y se aproximó el parénquima por doble plano de sutura hecha con catgut. Se comprimió la aorta y no se perdió sangre. El útero quedó en ligera anteversión, disminuyendo el ángulo de flexión.

RESULTADO.—*Inmejorable.* Curación rápida. Alta el día 8 de Julio, habiendo sido presentada antes á la Academia de Medicina.

65.—Felipa Aranda.

Casada. De 49 años. De Calpulálpam. Q. D. Ingresó el 17 de Junio.

ANTECEDENTES.—Sarampión y viruela en la infancia. Primera regla á los 15 años, menorrágica y con duración de 3 días, siguiendo con los mismos caracteres hasta su matrimonio á los 18 años. Multípara. El primer parto á los nueve meses del matrimonio fué normal. El segundo y tercero lo fueron igualmente, complicándose el cuarto de hidroamnios, siendo el producto de término y muriendo al día siguiente. Después de este último parto y á los cinco días sufrió abundante metrorragia que duró tres días. Desde 1879 la menstruación es irregular, adelantándose ó retrasándose cuatro ó cinco dias, y á veces es dismenorréica. Acusa desde esa época dolor que irradia del sacro al hipogastrio y leucorrea amarilla. Hace doce años padeció metrorragia por diez días, repitiéndose en Diciembre de 1901 y Abril de 1902. El Dr. Hurtado la atendió por tres años en el Consultorio de la Beneficencia Pública, de los síntomas que se mencionan, logró mejorarla y después la perdió de vista. La sometió por bastante tiempo al uso del yoduro de sodio, por manifestarse desde entonces síntomas de arterio-esclerosis.

DIAGNÓSTICO.—*Gran fibroma* sumamente duro y totalmente enclavado en el segmento posterior de la cavidad pelviana.

INDICACIONES.—Los síntomas intensos de compresión de las vísceras pelvianas.

OPERACIÓN.—18 de Junio.—(A. clor. con 50 gramos). Accidentada por fuerte síncope inspiratorio sobrevenido en el acto de extraer el tumor y combatido por las tracciones rítmicas, respiración artificial é inhalaciones de oxígeno. Después continuó bien la anestesia.—Duración 1 hora y 40 minutos.—*Celiotomía abdominal* de 12 centímetros.—*Histero-ooforectomía subtotal.*—El peso de la pieza que comprende el útero y los anejos degenerados fué de 460 gramos El fibroma subperitoneal se aplicaba al fondo uterino y arrastraba al órgano en fuerte retroversión, enclavado como se encontraba en la pelvis, de donde fué algo difícil su extracción.

Decurso post-operatorio.—Desde el siguiente día sobrevino congestión pul-

monar que obligó á sentar á la enferma para disminuir la disnea. Se combatió esta complicación por inyecciones de suero de Trunececk, de esparteina y estricnina y por la tintura de estrofanto, habiendo primero suministrado el calomelano unido con el fosfuro de zinc. En la actualidad la temperatura es normal, y pronto saldrá curada.

66.—Guadalupe Amador.

Casada. De 32 años. De León de Aldama. Cocinera. Ingresó el 26 de Abril.

ANTECEDENTES.—Multípara. 10 partos de término y normales. Menstruación normal hasta hace 3 años que tuvo amenorrea de 9 meses. Actualmente su regla es escasa y dura 3 dias. Desde hace un año padece oliguria y fuerte cistitis muco-purulenta determinada por un cálculo vesical siendo amoniacal su orina.

DIAGNÓSTICO.—*Cistitis calculosa.*—Cálculo fosfático, que dilatando el esfinter vesical produce intenso tenesmo y á veces ligera hematuria que se combate por la repulsión con la sonda de la concreción y los lavados vesicales con la solución bórica, el nitrato argéntico y los balsámicos asociados con el salol, para prepararla á la intervención quirúrgica.

OPERACIÓN.—20 de Junio.—Fracasó la inyección raquidiana de cocaina á pesar de haber salido el líquido cefaloraquídeo y de ser 2 centigramos la dosis que se empleó.—(A. clor. con 20 gramos.—Dilatación de la uretra con los instrumentos de Hegar.—*Litotricia* de la concreción que midió tres centímetros por uno y medio en su menor diámetro, y que fué fosfática. Amplio lavado vesical.

RESULTADO.—Curación rápida. Alta el dia 16 de Julio.

67.—Julia Martínez.

Casada. De 34 años. De Pachuca. D. D. Ingresó el 9 de Junio.

ANTECEDENTES.—Sarampión en la infancia.—Menstruación desde los 15 años, siguiendo ésta escasa é indolora hasta su matrimonio. Multípara. Nueve partos normales separados por períodos de dos años. Atribuye su enfermedad actual á un golpe que hace un año recibió en el sacro y que produjo fuerte metrorragia, quedándole sindrome uterino y leucorrea amarillenta.

DIAGNÓSTICO.—*Metro-anexitis.*—Utero globuloso y antevertido.

INDICACIONES.—Las habituales de la dolencia y como *nueva* el tallar una cuña sobre el parénquima con el fin de influir sobre el útero metrítico, que conservándola suele causar molestia después de la intervención quirúrgica.

OPERACIÓN.—24 de Junio.—(A. clor. con 35 gramos.) Duración: 70 minutos.—*Legrado.—Celiotomía abdominal* de 8 centímetros.—*Resección cuneiforme de los ovarios* muy abultados por inflamación crónica. Se talló una cuña posterior sobre el útero moderadamente antevertido.

RESULTADO.—Satisfactorio. Pronto saldrá.

68.—Trinidad Sánchez.

Viuda. De 56 años. De Jalapa. Q. D. Ingresó el 27 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Multípara: 12 partos normales. Gozó cabal salud en su infancia y en su vida genital. Menopausia hace 8 años. La única enfermedad que

ha sufrido es la actual, que se reveló hace 5 años, por la aparición de un pequeño núcleo duro, situado en el hueco poplíteo, y que sólo le molestaba al andar. Dicho núcleo comenzó á crecer de una manera insidiosa, y en poco tiempo se formó un tumor, el cual fué extendiéndose detrás y delante del tercio inferior del muslo, atirantando la piel de la región. Después se invadió la parte anterior, y al último creció el tumor hasta alcanzar el tercio superior del muslo, ensanchando la región y deformándola por la distensión de todas las capas músculo-aponeuróticas que se adhirieron á la producción morbosa, ensanchándose ó laminándose los músculos por la compresión excéntrica que sobre ellos ejercía aquella producción, la cual siempre tuvo, al decir de la enferma, los caracteres propios de los tumores quísticos.

Es sumamente notable que el excesivo peso del tumor y la compresión de músculos y nervios no haya producido dolor intenso, ni impedido los movimientos deambulatorios de la enferma, la cual revela excelente aspecto, y podemos decir, que carga su tumor. La pierna no sufre alteración apreciable. No hay infarto de los ganglios inguinales. La circulación venosa en la superficie de las producciones quísticas se encuentra muy desarrollada, teniendo algunas venas el calibre de la ilíaca En la cara interna del muslo hacen fuerte relieve tres quistes, uno de los cuales fué puncionado por el Sr. Dr. Emilio Montaño, quien remitió á la enferma para que se operara. Dicho facultativo extrajo algunas gotas de sangre y ocluyó la piel para evitar su ulceración.

Diagnóstico.—Enorme tumor sólido en su base de implantación en el tercio inferior del muslo y hueco de la corva y quístico en la extensión que puede apreciarse en su parte interna y anterior, quedando ignorada su verdadera consistencia en la mayor parte de su masa, por estar ésta incluída dentro de las capas profundas de los músculos femorales. El neoplasma parece estar en conexión estrecha con el fémur, sin poder asegurar que nazca de él directamente. Ofrece el aspecto del sarcoma quístico, alejándose del aspecto propio de los osteosarcomas yacentes en la epífisis inferior del fémur, los cuales en el tiempo transcurrido desde la aparición del que nos ocupa, habrian producido la terebración y enorme dilatación de dicha epífisis, que falta en éste. Es por lo tanto, un tumor benigno por su desarrollo lento y la inocuidad que siempre ha manifestado la paciente, en la que faltan los signos habituales que indican la infección sanguínea.

El diagnóstico positivo de la forma histológica se hará después, cuando la enferma sea operada.

Indicaciones.—El gran desarrollo del tumor y las probabilidades de que pronto se ulcere y se haga infectante y sangrante. No cabe otro procedimiento operatorio que la desarticulación coxo-femoral. Siendo esta operación de suma gravedad por la hemorragia y la infección, se advierte á la enferma el peligro que corre y acepta con todo valor la intervención.

Operación.—23 de Junio.—Se obtiene la analgesia con 3 centigramos de clorhidrato de cocaina que se inyectan dentro del canal raquídeo. Al cabo de 10 minutos subió la zona analgésica al nivel del ombligo, procediéndose á ejecutar la desarticulación del cuadril por el método de Farabeuf. La compresión de la aorta fué excelente, pues la enferma no perdió más sangre que la salida por las gruesas venas subcutáneas al tallar los colgajos músculo-cutáneos. La operación fué muy rápida y respetó el circuito de la arteria circunfleja é isquiática, por haber luxado el fémur y desprendido la inserción de los

músculos pelvi-trocanterianos á raiz del hueso, como se hace en las resecciones subperiostales. Antes se ligaron la arteria y la vena femorales inmediatamente abajo del arco de Pouppart. Al seccionar el nervio ciático acusó la enferma ligero dolor y desde antes se observaron los síntomas siguientes: náuseas, palidez extrema, dolor al nivel de la aorta comprimida, suma inquietud, enfriamiento excesivo de las carnes del muñón y pérdida del pulso radial. Comprendimos que pudiera tratarse de una perturbación neuro-vascular que no podíamos atribuir más que al uso de la cocaina, debiendo advertir que creíamos que la dosis que se inyectó era de 2 centígramos y no de 3, como después averiguamos; por un equívoco se cambió la ampolleta de menor dosis.

Se formó un muñón, el cual quedó bien acondicionado, suturando los planos musculares con catgut de Elwood Lee, y la piel con puntos pasados de crin de Florencia. Se colocó un doble tubo de caucho hervido previamente en la solución de sosa y el cual llegaba hasta el acetábulo.

Decurso post-operatorio. En la tarde cedieron los vómitos. Continuó la enferma inquieta sin experimentar cefalalgia. La temperatura fué de 38° 5; el pulso á 120, respiración 40. Debemos recordar que el pulso se perdió algunos instantes al practicar la operación y que se inyectaron al efecto solución de estricnina y esparteina y suero sódico de Trunececk.

Junio 24.—A. M. Pulso 120. Temperatura 38° 6. Inquietud. No hay mal olor del apósito y no se descubre el muñón, creyendo que el estado general es debido á la acción de la cocaina. En la noche la temperatura subió á 39° 6.

Junio 25.—Temperatura 39°. Pulso 130. Respiración 40. Mal olor del apósito. Con desaliento notamos al descubrir el muñón que éste había sufrido gangrena del colgajo interno con formación de grandes bulas. Había placas color de hoja muerta en la nalga y en el vientre; picamos las bulas llenas de serosidad icorosa y renovamos el apósito.

En la noche murió la enferma después de sufrir intensa disnea.

Autopsia.—Se examinaron todos sus órganos y los encontramos sanos, con excepción de la vena cava, en donde existía un gran trombus que dirigiéndose hacia abajo obturaba totalmente el calibre de las venas iliacas. Todos los músculos del muñón y el psoas iliacq se encontraban gangrenados.

La causa de la muerte fué indudablemente la extensa trombosis, sobre cuya patogenia nos caben algunas dudas, dado que, aún no poseemos un concepto positivo sobre la producción de las gangrenas quirúrgicas, habiendo partidarios de la causa neuroparalítica y otros de la infecciosa. La verdad creemos encontrarla en las dos explicaciones. Si es cierto que en un principio la gangrena puede ser aséptica, después se torna séptica en virtud de que los microorganismos encuentran abonado el terreno para su desarrollo. Importaba por lo tanto inquirir en este caso si había algún germen específico, y solamente pudimos convencernos de la existencia de un *coccus*, que encontró el Dr. Ignacio Prieto, sometiendo al método de Gram los cortes del trombus y de las paredes de las venas. No existen las lesiones propias de la flebitis. No pudo demostrarse el vibrión séptico de Pasteur. Es posible que la dosis de cocaina haya influído para la producción de la trombosis, pues ya indicamos los accidentes de intolerancia manifestada durante la operación; por la isquemia arterial, los vómitos y el enfriamiento.

Disecado el tumor se caracteriza por estar formado de masas duras fungosas implantadas sobre el periostio de los cóndilos del fémur y de los cuales arranca un gran quiste cuya implantación se hace sobre el periostio de la li-

nea áspera. Los músculos posteriores de la región se hallan laminados é íntimamente soldados al gran quiste, siendo su aspecto edematoso y pálido. De la cara anterior del gran quiste, que sube hasta cuatro dedos debajo del cuello femoral, arrancan lobulaciones igualmente quísticas. Los músculos anteriores é internos, aun cuando fué difícil desprenderlos de la superficie del enorme tumor, se encuentran aparentemente sanos. El contenido quístico es serosanguinolento. El peso es de 4,300 gramos. Tenemos en estudio los riñones, el bulbo raquídeo y el tumor extirpado.

69.—Paula Rangel.

Viuda. De 50 años.—De la Luz (Gto.)—Comerciante.

Antecedentes.—Desde muy joven frecuentes padecimientos del pulmón, de algunos años á esta fecha dispnéica. Dolor casi constante en el costado izquierdo, al nivel de la 7ª y 8ª costillas, línea axilar irradiándose á la espalda. El 22 de Junio próximo pasado aumentó el dolor costal y desde ese día no vuelve á evacuar, siendo asistida primero, por el Sr. Dr. Sánchez, y en seguida por el Sr. Dr. Abogado, quien juzgando muy grave el caso y necesaria la intervención quirúrgica, nos la remite al Hospital.

Obligados por lo excepcional é interesante de este caso á extendernos en la descripción del estado de la enferma y de los datos recogidos para asentar un diagnóstico y debiendo limitarnos por falta de espacio y por la índole misma de esta reseña estadística, hemos preferido escribir un artículo sobre esta enferma, que será insertado en el número próximo de la *Crónica* con los detalles debidos, aunque ya fué expuesto ante la Academia N. de Medicina.

Diagnóstico.—Oclusión intestinal de causa desconocida, de 9 días.—Embarazo al 5º mes.—Sin entrar pues en detalles, aquí nos limitamos á consignar que al día siguiente de su hospitalización, el 30 de Junio, fué operada. *Celiotomía lateral* derecha de 12 centímetros, sin que la exploración revelase la causa del accidente. Se estableció el ano cecal sin incidente alguno.

La enforma en estado relativamente satisfactorio, abortó á las 2 a. m. del siguiente día un feto de 5 meses.

El 2 del presente (Julio), por la mejoría de la enferma iba á procederse á la oclusión del ano, que no se practicó al fin, por no ser permeable aun el intestino. En la tarde de ese día se agravó súbitamente y sucumbió en la tarde del siguiente.

Practicada 22 horas después la autopsía, se encontraron las huellas de una antigua pleuresia diafragmática total y en el lado izquierdo una cavidad accidental en la cual se alojaba parte del colon transverso y del descendente (60 centímetros) desalojando el corazón; insuficiencia de la válvula mitral.

La historia de esta *hernia diafragmática*, su probable etiología y las reflexiones á que este caso clínico se presta, formarán, como hemos dicho ya, el tema de nuestro próximo artículo.

Notas correspondientes á las estadísticas de los meses anteriores.

Salieron curadas, las enfermas números 43, 53, 58 y 59.

Mexico, Julio 15 de 1902.

Dr. F. Hurtado.

Dr. I. Prieto.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO Y SU TRATAMIENTO ALCALOIDICO.

Son las enfermedades hepáticas tan frecuentes y comunes en todas partes y en nuestro país sobre todo, que indudablemente merece nuestra atención todo cuanto á ellas se refiere. Por eso hemos leído con detenimiento, y de él vamos á dar una idea aunque concisa, el razonado trabajo que el ilustrado Dr. Marty presentó en el VI Congreso de Medicina interna que acaba de veri carse en Toulouse del 1º al 4 de Abril próximo pasado. De este interesante Congreso, de cuyo éxito se han hecho ya laudables referencias, sólo conocemos por el periódico *La Dosimétrie*, el estudio del Dr. Marty que vamos á compendiar, esperando dar á nuestros lectores, cuando se publiquen las Actas de dicho Congreso, una breve reseña de las cuestiones que en él se hayan tratado.

He aquí, pues, las ideas fundamentales, las bases y corolarios que sirven de trama á este artículo del estudioso é inteligente terapeuta.

*
* *

§ I.—Ultimamente, por los estudios de fisiología experimental y de Clínica, el papel biológico y nosológico del hígado se ha ampliado muchísimo, demostrando la importancia del órgano en los fenómenos de nutrición y asimilación.

Desde la vida fetal desempeña un papel preponderante y aún después del nacimiento conserva una autonomía que nunca debe olvidarse. Por consiguiente, la integridad constante y absoluta de sus celdillas son indispensables para la normalidad de sus funciones, su función glicógena, la secreción de la bilis, la transformación de los productos de la digestión y la destrucción de los venenos que en su intimidad se forman é introducen. Cuando las celdillas hepáticas se modifican surgen profundas alteraciones: en vez de pigmentos biliares verdaderos, aparece la urobilina, el glicógeno no se produce y las materias azucaradas pasan inutilizadas; la urea, diurético precioso y producto de desasimilación completa, es substituída por productos muy tóxicos de desasimilación incompleta; las peptonas y grasas se transforman insuficientemente; y las substancias tóxicas producidas por los actos vitales no se transforman ni destruyen. Viene entonces la rápida desnutrición y la intoxicación de todo el organismo. El riñón interviene y compensa hasta cierto punto esas deficiencias, pero sucumbe al fin á los esfuerzos constantes y exagerados de su vida celular; suspende su trabajo y el enfermo muere.

El Dr. Marty cita en seguida las siguientes líneas del Dr. Burgraeve, ilustre sabio, cuya muerte anunciamos á nuestros lectores muy poco tiempo ha.

«El hígado es el gran laboratorio de la economía; allí es donde se elabora la sangre y los antiguos apenas se habían engañado considerándole como el foco de la nutrición. Es conocido el famoso epitafio de Bartholin con motivo del descubrimiento de los vasos linfáticos, pero á pesar de esa cédula de defunción el hígado continúa siendo lo que siempre ha sido: el gran laboratorio orgánico. Allí continúa la sangre desembarazándose de

las partes fuliginosas; que si así no fuese, la convertiría en un líquido negruzco y denso, incapaz de nutrir é incitar nuestros tejidos. No debe, pues, admirarnos que muchas afecciones orgánicas del hígado originen la glicosuria y la atrofia de los tejidos, requiriendo absolutamente el desarrollo de las celdillas orgánicas la presencia de materiales azucarados.

Por esa razón es preciso que la descarga del hígado se haga tan regularmente como en las fábricas de gas la hacen los aparatos depuradores. Por la *cafeína*, es preciso preparar la elaboración de la bilis, y por la *cuassina* facilitar su eliminación, de 2 á 4 centigramos de la 1ª y 2 á 4 miligramos de la 2ª, antes de los alimentos. Debe añadirse la *estricnina*, y si es preciso, contra el elemento espasmódico la *hiosciamina* y contra la hiperhemia, la *veratrina*, la *aconitina* y la *quinina*.»

Poucel, á quien se debe la frase gráfica. «*El hígado es á la vida vegetativa l que el cerebro es á la vida de relación*, con toda precisión demostró que la lesión hepática que prepara la alteración del plasma sanguíneo dando una bilis anormal, elaborando mal los materiales absorbidos y mal depurando la sangre, es la congestión crónica. Y esta afección es frecuentísima, por lo cual complica muchas enfermedades agravando su pronóstico. La congestión del hígado es la consecuencia de múltiples causas: de intoxicaciones prolongadas, de perturbaciones gastro-intestinales, de temperaturas excesivas, de congestiones suplementarias, de influencias morales depresivas que producen las mismas perturbaciones por la acción vaso-dilatadora en los órganos inervados por el plexus solar, y muchas veces de la herencia. Para completar la enumeración de las causas que pueden influir sobre el hígado, alterar su parenquima y por ende su función, deben citarse las congestiones secundarias, no del sistema porta, sino de las venas supra-hepáticas, fenómenos comunes en las cardiopatías y afecciones pulmonares.

§ II.—Derívase del estudio de las causas la indicación y el empleo de los alcaloides, sobre cuyas ventajas insiste el Dr. Marty, aduciendo los argumentos indiscutibles que en extensos artículos hemos demostrado ya, como la variabilidad del título á que contienen el principio activo las infusiones, tinturas, extractos, etc., y la dificultad de administrar con estas preparaciones la dosis exactamente necesaria y útil, la *dosis terapéutica*, la dosis que con tanta facilidad se determina administrando *métricamente* el medicamento.

§ III.—Primera indicación. *Reducir la toxicidad del medio intestinal.* El Dr. Marty recomienda el Sedlitz, que nunca provoca una congestión intensa determinando la secreción del jugo intestinal sin producir la constipación reaccional de los purgantes violentos. A este laxante puede asociarse, para vencer la torpidez intestinal y aumentar los movimientos peristálticos del intestino impidiendo la estancación de las materias, ya sea la *Jalapina* (princ. act. del Jalapa), la *bryonina* (princ. act. de la bryonía), la *colocyntina* (princ. act. de la Coloquíntida), ó la *cascarina* (princ. act. del Cáscara Sagrada).

La primera, purga sin esfuerzo ni cólicos obrando como tónico del ciego y del intestino grueso; su uso puede prolongarse y aun en la infancia administrarse útilmente. El Dr. Marty afirma por los estudios que ha hecho sobre este alcaloide, que en su mayor parte y tal vez por completo es absorbido, no pudiendo encontrársele en la orina ni en las materias fecales. La dosis recomendada es de cinco á diez miligramos, repetida las veces que sea necesario.

La segunda es un excitante de la función gástrica, pero obra más marcadamente sobre el ciego, por lo cual lamenta el autor que su uso no se haya generalizado. La dosis media ó inicial es de cinco miligramos.

La *Colocyntina* es recomendable en las estasis venosas del hígado por cir-

culación difícil en la vena porta. Es más irritante que la jalapina; pero cuando es preciso determina deyecciones biliosas y albinas.

La *Cascarina* administrada á la dosis inicial de un centigramo, que naturalmente se repite hasta efecto, tiene una acción más general que los anteriores, aumentando la secreción de las glándulas de todo el intestino, estimulando su contractibilidad y provocando el escurrimiento biliar.

§ IV.—Segunda indicación. *Favorecer la asepsia biliar*, asegurando el escurrimiento de la bilis é impidiendo su infección.

Para ello el Dr. Marty presenta una serie de medicamentos entre los cuales puede elegirse, según la indicación que se presente en cada enfermo. Son valiosos auxiliares la *podofilina*, la *cuasina*, la *cafeina*, la *evonimina* y la *yuglandina*, que alguna vez pueden reclamar el concurso de otro agente como la *emetina*, el *valerianato de atropina*, la *narceina*, el *nitrato de pilocarpina*, *etc.*

Las indicaciones de estos alcaloides ó glucósidos son bien conocidas. La *podofilina* es justamente considerada como el colagogo por excelencia, á la dosis de uno á tres centigramos, ya solo ó ya asociado. La *cuasina*, tónico precioso de la mucosa gástrica, á la dosis de dos á cinco miligramos y asociada á la *cafeina*, se utiliza en las formas de dispepsia por falta de secreción biliar. La *evonimina* y la *yuglandina*, buenos laxantes y colagogos, á la dosis de uno á cinco centigramos, también son utilizables en las congestiones hepáticas; la *emetina* (princ. act. de la *ipeca*), á la dosis de un miligramo, favorece el flujo biliar y aun obra como antiflogístico en los engurgitamientos hepáticos con hipersecreción.

Alguna vez, para disipar el espasmo de los canales hepáticos y facilitar el paso de la bilis al duodeno, calmando el dolor, será conveniente recurrir al valerianato de atropina, á la hiosciamina, á la narceina ó la cicutina. La pilocarpina, la scilitina, etc., tienen también su indicación precisa.

§ V.—Tercera indicación. *Descongestionar el hígado*. Las asociaciones alcalóidicas en este caso y para lograr este fin, deben procurar la vaso-constricción de los vasos de pequeño calibre, utilizando desde luego la *estricnina* ó la *brucina* que, obrando de manera análoga lo hace con menor energía. Ambas tonifican directamente el sistema nervioso é indirectamente la fibra muscular, empleándose sin embargo la *brucina* de preferencia en los niños, en los debilitados ó muy sensibles á una medicación enérgica.

El Dr. Marty, de acuerdo con el Dr. Laura, que también acaba de perder la ciencia, recomienda con sobrada justicia la asociación de la *aconitina*, calmante por excelencia y activo regulador del funcionamiento de los grandes centros cerebrales y circulatorios, influyendo sobre el gran simpático y especialmente sobre los plexus solar y cardio-pulmonar.

Al lado de este antitérmico poderoso y valioso antiflogístico, en las hiperhemias activas ó secundarias, debe colocarse la *digitalina*, cuya acción complexa y asaz discutida, puede sin embargo utilizarse procurando la contracción de las fibras lisas de los capilares.

Esta triple y armónica asociación de estricnina, aconitina y digitalina está por consiguiente indicada con frecuencia, cada tres horas, cada dos, cada hora ó cada media hora si es preciso, en los casos graves y de marcha aguda.

Por el estado del enfermo, por las complicaciones que sobrevienen en otros órganos y por circunstancias especiales, es preciso á menudo modificar esa trinidad. Las perturbaciones circulatorias, renales, cutáneas, pulmonares ó

del intestino reclamarán el auxilio de otros agentes, como la cafeina, la esparteina, la quinina, la veratrina, etc.

§ VI. Una indicación que debe obsequiarse asimismo, es la de impedir la introducción de materias tóxicas é infecciosas en el tubo digestivo que alteren más aún el funcionamiento del hígado. Para reducir al minimum la posibilidad de entorpecer la curación por el régimen alimenticio, debe instituirse en las formas graves el régimen lácteo severo. En las formas menos intensas debe restringirse el uso de los alimentos hidrocarbonados que puedan producir la hiperglicemia y por consiguiente la glicosuria.

El uso de la carne debe ser muy moderado, así como el de las grasas, que deben ser rigurosamente excluídas cuando exista la icteria.»

El Dr. Marty, como se ve, señala con precisión el empleo oportuno de la medicación alcalóidica en las enfermedades hepáticas en general, puntualizando, aunque de un modo breve, sus indicaciones, con las cuales naturalmente estamos de absoluta conformidad.

La alcaloidoterapia amplía evidentemente cada día la esfera de sus indicaciones, y es sin duda con el fin de demostrar la posibilidad razonada de tratar las enfermedades hepáticas por este método, por lo que el Dr. Marty únicamente se ha ocupado de la medicación alcalóidica en los trastornos del hígado. Pero nosotros creemos deber añadir, que al mismo tiempo encuentran su provechosa aplicación en estos casos, algunos otros medicamentos de los que en ese trabajo no figuran. El yoduro de potasio en las hepatitis de forma sub-aguda y crónica, el ruibarbo y los vegigatorios en sus oportunidades, son recursos de incuestionable utilidad que nunca deben olvidarse. La hidroterapia en algunos casos, puede asimismo prestar un útil concurso al tratamiento interno.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXIV

QUIMICA Y FARMACIA

ALGUNOS APUNTES SOBRE QUINIMETRÍA.

Pocas drogas habrá que hayan prestado y presten actualmente tantos y tan valiosos servicios á la Terapéutica, como las quinas; medicamentos naturales que por su bondad, se han abierto paso entre otros muchos de su especie, pudiendo permanecer firmes ante el movimiento evolutivo del arsenal farmacéutico.

Desde que se descubrieron sus propiedades medicinales, la actividad de su estudio no ha cesado: numerosos trabajos hay publicados, entre los cuales se pueden admirar verdaderas obras maestras que demuestran lo interesante y útil de su estudio, para deducir aplicaciones prácticas aprovechando los datos de la ciencia y procurando el uso más acertado de dichos medicamentos.

Actualmente las quinas y sus alcaloides son de un uso contínuo en las Farmacias; las diversas formas farmacéuticas que se les da, facilitan y ensanchan más su campo de acción á la vez que las colocan en su verdadero puesto

como remedios de gran valor. A medida que la análisis química nos revela su composición, se justifica más su empleo, sus aplicaciones se extienden notablemente y con justicia pueden figurar entre los medicamentos de acción segura y eficaz.

Pero esta seguridad y eficacia no se consiguen, sino cuando se emplea en las preparaciones corteza de buena calidad, es decir, rica en alcaloides, lo cual no siempre se verifica. El comercio muchas veces entrega quinas que contienen una cantidad insignificante de principios activos ó están completamente privadas de ellos.

Cada día se inventan nuevos medios para agotarlas ó adulterarlas, y por lo mismo el farmacéutico debe poner en acción todos los medios conducentes á destruir tan tremenda plaga. Toda quina destinada á los trabajos farmacéuticos debe ser analizada antes de ser admitida en los laboratorios.

Para juzgar respecto á la bondad de una quina, se ha convenido en dosificar la *quinina* que contiene y según sea su cantidad, aceptarla ó desecharla. Esto es tratándose de la *cinchona calisaya*, entre cuyos componentes predomina el alcaloide citado.

De ella me ocuparé exclusivamente en este pequeño trabajo, pues en cuanto á las demás especies siendo tan varia la proporción relativa de sus alcaloides, es indispensable emplear para cada una un método especial.

En las quinas grises, por ejemplo, predomina la *cinconina*; en las rojas la *quinina* y cinconina se encuentran en fuertes proporciones. Luego, si se ha de valorar una corteza por la cantidad de su principio predominante, según se deduce del hecho de haberse adoptado como base de reconocimiento de la corteza de quina amarilla, la cantidad de *quinina* que contiene, es pues, evidente que un solo método no puede servir para calificar á todas.

Pero si en vez de valorar determinado alcaloide, la cuantificación se hace extensiva á la totalidad de las bases orgánicas, entonces se habrá resuelto aunque parcialmente el problema. En este caso bastará extraer de los tejidos sus principios activos, pesarlos, y con este dato pronunciar el fallo.

Las cortezas destinadas á utilizarse en las preparaciones galénicas, no necesitan otro ensaye más que éste, y no creo aventurado asegurar que es el único que les conviene, pues en dichos preparados no se busca el efecto aislado de determinado cuerpo, sino la resultante del conjunto de componentes que será tanto más enérgico cuanto mayor sea la cantidad de elementos puestos en acción.

Si esto no fuera así de nada servirían dichos preparados.

Pero si se trata de la fabricación del sulfato de quinina ó si se deseare extraer *Cinconidina*, *quinoidina* ú otro alcaloide, entonces sí habrá que recurrir á un método especial en cada caso.

Esta cuestión es interesante y merece un artículo separado; por lo mismo dejo tan sólo estas indicaciones y me concreto al punto que he indicado.

Antes de proceder á la dosificación ponderal de la quinina, es conveniente asegurarse de la presencia del alcaloide para no incurrir en el error de haber trabajado con una droga exenta de principio activo.

Se puede sacar gran partido de los caracteres exteriores de la corteza y de su quebradura, que es distinta según la colocación de las fibras liberianas para tener un indicio, las más veces valioso, que servirá para hacer una acertada elección. La intensidad de su tinte, el olor, sabor y demás caracteres organolépticos, ventajosamente pueden utilizarse con el mismo objeto. Sus ca-

racteres físicos suministran también datos de importancia y que no menciono por ser bien conocidos.

Una vez hecho este examen, es útil ejecutar una reacción preliminar que aunque es empírica, no por eso carece de interés, puesto que sirve para indicar la presencia ó ausencia de los alcaloides en las cortezas. Se trata de la antigua reacción de Grahe que consiste en someter el polvo de la corteza á la destilación seca en un tubo de ensaye. Cuando la operación se ha hecho con cuidado y la quina contiene alcaloides, se ven aparecer á lo largo del tubo vapores violetas que se condensan formando un líquido rosa insoluble en el agua y soluble en el cloroformo al que comunica su color.

PROF. E. G. PUENTE.

(Concluirá.)

SECCION XXV.

CUESTIONARIO MEDICO

Un estimable compañero de Cuernavaca, nos remite la siguiente cuestión, que esperamos ver satisfactoriamente resuelta por nuestros ilustrados tocologistas

«¿La fetidez de los loquios, sin otro signo ó síntoma concomitante, y por sí sola es patognomónica de una infección puerperal?»

Cuernavaca, Julio de 1902.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA.

Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago, según el estado actual de la ciencia, por el Dr. I. Boas, traducido de la Cuarta edición alemana, por los Dres. D. Rafael del Valle y D. Miguel Gil Casares, con un prólogo del Dr. D. Eduardo Moreno Zancudo.

El Dr. Boas—como dice el Dr. Moreno Zancudo—es el hombre á quien más debe la especialidad de enfermedades del aparato digestivo. No es posible estudiar ninguno de los capítulos relacionados con esta parte de la Patología, sin encontrar el nombre de Boas asociado á descubrimientos importantes, á ventajosas modificaciones de procedimientos ideados por otros y á experimentos de verdadera trascendencia para la fisiología y patología gástricas. Su libro es ante todo, una obra práctica en la que no se sabe qué admirar más, si la riqueza de datos ó el método y la claridad con que se hallan expuestos. Pero es una obra práctica tal, como puede y debe serlo un libro que responde cumplidamente á las exigencias de la ciencia en los tiempos actuales.

El *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del estómago*, es en este sentido, un libro de positiva utilidad, no sólo para el médico consagrado al estudio especial de estas enfermedades, sino para el práctico en general, á quien es indispensable conocer la existencia y evolución de tales procesos morbosos. Su estudio detenido hará seguramente desaparecer prejuicios y rutinas harto extendidas al presente, con grave riesgo de los enfermos.

La obra consta de dos voluminosos tomos con numerosos grabados intercalados en el texto. Se vende, al precio de 20 pesetas, en la Administración de la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas*. Preciados, núm. 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías.

Compendio de Patología Médica, *para Médicos y estudiantes*, por el Dr. C. Liebermeister, Profesor numerario de Patología y Terapéutica y Director de la Clínica Médica de Tubinga. Traducido directamente del alemán, por D. Miguel Gayarre y Espinal, Doctor en Medicina y Cirugía, Madrid. Con un prólogo del Dr. D. Luis Simarro.

Como prueba de la utilidad é importancia de esta obra—de la que en menos de dos años se han hecho dos ediciones en Alemania—copiamos los párrafos siguientes del notable prólogo del Dr. Simarro.

«Este Compendio resume en efecto, no sólo los trabajos y estudios de una larga vida científica, sino que también la obra entera de la medicina contemporánea en Alemania; no es un Compendio coleccionado por un principiante aplicado al estudio de los grandes maestros, sino la producción en forma breve y condensada de uno de estos maestros que ha contribuído con sus propias investigaciones y con la crítica y discusión de las ajenas, á crear el cuerpo de doctrina de la medicina moderna.

«*Esto explica quizá el éxito considerable* del COMPENDIO DE PATOLOGÍA MÉDICA en Alemania, pues éste, como los otros libros de tal género, tanto puede servir para introducir al estudio de la Ciencia al principiante, dada la brevedad y claridad y método de la exposición, como para refrescar las ideas al instruído, y para explicar su propia experiencia de práctico, por ser obra de una larga observación depurada por un juicio experto en la clínica, en el laboratorio y en la enseñanza.»

Forma un elegante volumen de más de 500 páginas. Precio: 12 pesetas.

Se halla de venta en la Administración de la «Revista de Medicina y Cirugía Prácticas,» Preciados, 33, bajo, Madrid, y en las principales librerías.

Manual de medicina interna, *para estudiantes y Médicos prácticos*, por el Dr. Max Kahane, de Viena. Versión directa del alemán, por el Dr. M. Montaner.

Hemos recibido y está apareciendo por entregas esta importante obra, sobre la cual se han emitido juicios muy favorables que poco á poco iremos insertando. He aquí algunos:

«Los fines de este libro son esencialmente prácticos; están en él muy bien tratados la sintomatología y la terapéutica.

Recomendamos muy especialmente el importantísimo capítulo «Tuberculosis» y no son menos notables las secciones referentes á las neurosis, enfermedades infecciosas, constitucionales, etc.—*Fr. Mühlen.*»

«Este compendio de medicina interna es el mejor y más moderno en su género. La economía de espacio es conseguida mediante una *precisión de estilo modelo.*

Die Heilkunde.—*Jul. Weiss.*»

CONDICIONES EDITORIALES.

El «Manual de Medicina Interna» formará un voluminoso tomo en 4º, correctamente impreso en papel satinado superior, *habiéndose aumentado de una manera considerable la ilustración del original alemán.*

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. ROSENDO GUTIERREZ DE VELAZCO.

El Cuerpo Médico Mexicano, la Sociedad y nuestra patria, acaban de experimentar otra nueva y dolorosa pérdida en la persona del ilustrado facultativo con cuyo nombre encabezamos esta luctuosa sección.

El día 15 del pasado Junio á las 7 y 50 de la mañana, expiraba en la ciudad de León (Gto.), el hábil, virtuoso y modesto Dr. Gutiérrez de Velazco, causando tan funesto acontecimiento consternación profunda y legítima en una población que supo estimar en todo su valor los méritos del finado.

Este nació en Rincón de Romos (Aguascalientes), en 1848; recibió su educación primaria en León, la secundaria en Guanajuato y la profesional en México, siendo hijo distinguido de esta Facultad, de la cual recibió su título en 1872, escribiendo para ello una Tesis, que por su mérito llamó la atención.

Radicado en León, desempeñó siempre puestos de importancia; fué con frecuencia Regidor, fué Diputado al Congreso del Estado; recién abierta la Escuela de Instrucción secundaria fué nombrado Profesor de Lógica de ese plantel, y murió siendo Director del Hospital Civil, puesto que desempeñó con maestría y conciencia.

Profesionalmente juzgado por el unánime consensus de todos los compañeros que tuvieron oportunidad de apreciar sus dotes especiales, el Dr. Gutiérrez de Velazco fué Médico de profundos conocimientos y clínico muy notable, tanto en el terreno médico como en el quirúrgico, siendo por ello consultado siempre al presentarse los más arduos problemas, por Médicos y pacientes.

Su constante dedicación y estudio le hizo sobresalir en Pediatría; le hizo notable en Ginecología, habiendo practicado últimamente notables y felices laparotomías, de las cuales sólo una envió á nuestra Crónica (Tomo II, pág. 1 y 58); le hizo digno de encomio en oftalmología, habiendo formado una extensa estadística, no publicada aún, de operaciones de Catarata, habiendo sido siempre ferviente partidario del procedimiento de *von Graefe*, la extracción lineal complicada, que algunas veces sustituía con uno de los procederes de Wecker, la extracción á colgajo periférico, pero sin omitir nunca la iridectomía; y su dedicación, por último, le hizo acreedor al título de entendido y diestro cirujano.

Con vastísima práctica y dotes de observador tenía incalculable tesoro de experiencia, refiriendo cuando era oportuno casos clínicos que deberían haberse consignado, discutido y estudiado.

He aquí lo que sobre este punto nos escribía en reciente carta nuestro laborioso y excelente amigo el Dr. José de J. González: «Para dar una idea de «lo que se ha perdido al hundirse en las sombras del sepulcro el Dr. Gutié-

«rrez, sucintamente le relataré el hecho clínico siguiente, que varias veces «me relató él mismo. Erase un hombre hallado por la policía, vagando sin rum-«bo fijo; interrogado sobre su procedencia, domicilio, nombre, ocupación, etc., «no se obtenía respuesta alguna; su mirada incierta, sin expresión y vaga tra-«ducía con perfección la ausencia ó el letargo de sus facultades mentales. Fué «llevado al Hospital, permaneciendo allí muchos meses, *absolutamente mudo*, «impasible, sin que una sonrisa, sin que una lágrima, sin que una expresión «de disgusto ó de placer viniera á revelar una volición ó un sentimiento en «aquella estatua ambulante, en aquella esfinge singular. Examinado atenta-«mente ningún padecimiento orgánico pudo diagnosticarse. ¿Por qué causa «había sobrevenido y existía aquella inhibición de la función del lenguaje, coin-«cidiendo con el *mutismo* de todos los afectos, de las emociones todas y todas «las aspiraciones del espíritu? Misterio inexplicable. . . .

«Una hermosa mañana aquella extraña personalidad hallábase sentada «junto á un grupo de empleados del Establecimiento, llegando casualmente «alguien que, saludándoles en italiano, pronunció la breve frase *Buon gior-«no*. . . ¡Oh prodigio inesperado! El semblante frío, inmóvil y sin vida de «aquel hombre, se animó instantáneamente, brilló la inteligencia en su mira-«da y como un torrente que rompe el dique y se desborda impetuosamente, «brotó en ráudos borbotones la palabra, surgió el verbo, tanto tiempo encade-«nado por una traba oculta y correctamente, sin el menor tropiezo, con cla-«ridad, con energía y placer, dijo ser italiano, reveló su nombre, su oficio y los «episodios de su vida!. . . Estaba curado. Yo me permitía indicar al Dr. Gu-«tiérrez mi creencia de que esa rara enfermedad era un caso de *amnesia ge-«neral de origen histérico*, en que dos palabras del idioma nativo bastaron para «despertar la función del lenguaje, como basta el choque más ligero para ha-«cer estallar un explosivo.»

. . . .

El Dr. Gutiérrez fué reo del pecado que por desgracia comete la inmensa mayoría de los médicos mexicanos, el no escribir, y por semejante omisión llevarse consigo el cúmulo de observaciones y enseñanzas que se han recogido durante una larga práctica y que significan el fruto maduro de una vida de estudio y de trabajo.

Nuestro querido amigo, nuestro eterno ausente, tuvo sin embargo una disculpa que no solamente borra esa falta, sino que la justifica y le enaltece.

La parte de su vida no dedicada al trabajo profesional, lo fué á la más hermosa, noble y santa de las virtudes: la CARIDAD.

Dotado de un corazón bien nacido y generoso, atendía siempre gratuita y empeñosamente á los desheredados de la fortuna, enjugaba las lágrimas arrancadas por la orfandad ó la desgracia, socorría á los necesitados y hacía menos penosa la carga de la ancianidad con su ayuda pecuniaria y profesional. A ellos, á los ancianos y á los niños se consagró sobre todo el Dr. Gutiérrez de Velazco, fundando, en compañía del sacerdote José Yermo y Parres actualmente en Puebla, el ASILO, levantado sobre el montículo denominado *El Calvario*, al N. O. de la población.

En aquel edificio no muy estenso, pero limpísimo, alegre, muy bien dispuesto y bien acondicionado, con hermosas vistas y condiciones higiénicas admirables, que con su fundador y querido amigo nuestro visitamos 3 años hace, pasaba el Doctor Gutiérrez sus horas plácidas disfrutando la envidiable satisfacción que en el alma engendra el cumplimiento del deber cristiano de

hacer el bien. Allí pasaba año por año el inolvidable ausente, el poético día de Noche Buena, recibiendo de sus asilados las bendiciones á que era acreedor, la ofrenda perfumada de una merecida y justísima gratitud. . .

*
* *

La muerte de Rosendo Gutiérrez de Velazco, conmovió rudamente á la pacífica sociedad de León. Todas las clases sociales, desde el banquero acaudalado y hombre de letras distinguido hasta el humilde obrero, rindieron cariñosísimo homenaje al amigo intachable, al médico inteligente y al benefactor de sus semejantes. Y como preciadas perlas, cayeron también sobre su féretro las lágrimas de los niños y niñas del Asilo que vieron desaparecer á un padre!

Los hombres de esta clase no debieran de morir jamás, y ya que huyen buscando el reposo eterno, su nombre y su memoria deben conservarse por constituir un timbre de orgullo y nobleza para la Humanidad.

Dr. E. L. Abogado.

NOTAS

A NUESTROS LECTORES.

El excesivo recargo de material ha continuado impidiéndonos la inserción de nuestras habituales Revistas de la Prensa Médica Nacional y Extranjera, en las cuales se procura dar cuenta de los trabajos y artículos notables del país y del exterior. Tenemos, sin embargo, la esperanza de que para el año entrante, nos sea posible aumentar más el número de páginas de la *Crónica*, ó establecer definitivamente su aparición quincenal. Por ahora nos limitamos á pedir excusas á nuestros lectores por esa involuntaria omisión.

LAS FALSIFICACIONES DE LA ANTIKAMNIA.

La Compañía Manufacturera de este producto, *Antikamnia Chemical Company of St. Louis Mo.*, que cada día obtiene mayor aceptación, nos suplica atentamente y con gusto accedemos á su petición, hagamos constar un hecho tan punible, que no solamente redunda en perjuicio de sus intereses, sino en el de los enfermos á quienes se ordena el medicamento, como justamente lo hace advertir ella misma. Es realmente lamentable que en el comercio de drogas se registren con frecuencia y en todas partes estos abusos.

SUMARIO.

TOMO. V MÉXICO, SEPTIEMBRE 1º DE 1902 NÚM 9.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCIÓN VI.

CONSIDERACIONES DIANOSTICAS Y OPERATORIAS

ACERCA DE

LA HERNIA DIAFRAGMATICA

Cumpliendo el ofrecimiento de «La Crónica Médica,» de hacer una excepción en favor de la ampliación de la observación clínica relativa á la enferma Paula Rangel, correspondiente al número 69 de la Estadística operatoria que venimos publicando, tal ampliación nos ofrece la oportunidad de analizar las incomparables ventajas que resultan para el tratamiento quirúrgico de las hernias diafragmáticas congénitas ó adquiridas, de la aceptación de la vía transperitoneal, mediante extensa toracotomía, con preferencia á la vía abdominal ó celiotomía media, casi en todas las eventualidades clínicas en que es posible el diagnóstico de dicha lesión, ó por lo menos en los casos de herida penetrante torácica, en los que por la comprobación de algunos signos y síntomas, está el cirujano en la estricta obligación de plantear las indicaciones de la exploración de la herida de las paredes torácicas, sea debridando ésta, sea creando la brecha que le suministra la amplia resección costal, y cumpliendo en este supuesto todo el programa curativo, que implican la gravedad inmediata y las complicaciones que traen aparejadas semejantes traumatismos, cuando existe la hernia del diafragma.

El hecho que nos pertenece se presentó á nuestra observación en las condiciones más difíciles que puedan suponerse y que impidieron verificar la diagnosis de estrangulación herniaria, la que solamente sospechamos después del establecimiento del ano preternatural, operación paliativa que permitió tan considerable tregua á los accidentes de oclusión aguda que presentaba la paciente, que pudo ésta sufragar el gasto muscular y nervioso que implica la

verificación del aborto al quinto mes, y que ocurrió en las primeras horas del día subsiguiente al en que se hizo la operación; despertándose, como después se verá, de una manera inopinada y con toda agudeza, los síntomas característicos de la estrangulación por coartación ejercida sobre las vísceras herniadas del lado del tórax *(grande extensión del colon transverso, el omento y el estómago)* por un orificio accidental del músculo diafragma, cuyo diámetro era de bastante extensión para permitir la sobrevida de la enferma después de una pleuresía diafragmática total que padeció algunos meses antes de su última y mortal complicación sintomática.

La historia de esta hernia diafragmática, su probable etiología y las reflexiones á que este caso clínico se presta, formarán, como hemos dicho ya, el tema del presente artículo, permitiéndonos compararlo con los casos semejantes que hemos podido recoger en la literatura médica y con una observación que debemos á la bondad de nuestro estimable compañero y digno director de esta publicación, siendo el hecho clínico del Sr. Dr. E. L. Abogado, relativo á una herida de vientre y tórax, en que por las circunstancias que mediaron no fué diagnosticada la hernia, ni se pudo realizar la intervención quirúrgica cuando se estranguló. Pudiera objetarse que estos hechos, cuyo relato vendrá en seguida, tienen el carácter negativo desde el punto de vista de que no habiéndose ejecutado la celiotomía ni la toracotomía, no pueden servir para defender la tesis que intentamos sostener. Empero, si esta consideración es de rigor imponerla en el método comparativo, siempre resultan utilizables las enseñanzas que nos suministran, si atendemos á las indicaciones operatorias que hubieran determinado en el supuesto probable de que el diagnóstico se hubiera realizado durante la vida de los pacientes, diagnóstico que reviste tamañas dificultades, que, según Parker afirma en artículo analizado por «The Journal of the American Medical Association»—«siendo las hernias diafragmáticas bastante frecuentes, su diagnóstico se hace rara vez, calculándose que sólo se realiza en 2 por ciento de los casos.» Lo propio asienta el Dr. E. Fletcher Ingals, de Chicago, en la misma publicación, en los siguientes términos: «El diagnóstico de la hernia diafragmática presenta muchas dificultades durante la vida de los individuos; por las condiciones propias de los hechos son verdaderamente raros los casos en que aquella se diagnostica al ejecutar la operación. (Entiendo que se refiere á la celiotomía en caso de oclusión intestinal ó de estrangulación originada por la hernia del diafragma). La afección muchas veces únicamente se demuestra en la práctica de las autopsias que se hacen en los cadáveres portadores de la susodicha hernia, pero que sucumbieron de otras dolencias extrañas á la que produjo aquella, que por lo tanto pasó desapercibida durante el tiempo que se estudiaron los sujetos en la clínica. Es más: con frecuencia se demuestra la hernia en las mesas de anfiteatro, y durante la práctica de las disecciones cadavéricas, en las escuelas de enseñanza de la anatomía, y por lo tanto, cuando se carece de todo género de antecedentes clínicos y que no se pensó ó que no obligaron á practicar la autopsia que es de rigor en todo servicio hospitalario bien organizado.»

Leichtenstern, citado por el mismo Fletcher, refiere en *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1874, pág. 497, «que en 250 casos de hernia, solamente pudo hacerse durante la vida el diagnóstico en 5 casos.

Los Sres. Schwartz y Rochard, en un interesante artículo de la *Revue de Chirurgie*, del 10 de Septiembre de 1892, intitulado *Contribution á l'étude de la Hernie Diaphragmatique Etranglée*, dicen «que atraída su atención sobre los errores

de diagnóstico que pueden ser cometidos en los casos de hernia diafragmática estrangulada (á propósito de una laparotomia que practicaron por accidentes de estrangulamiento interno), á la vez que les dió la ocasión de buscar los medios operatorios con la ayuda de los cuales podía ser vencido el agente del estrangulamiento, les sugirió preguntarse si podía aplicarse la cura radical á las hernias diafragmáticas.»

«El sujeto de esta interesante observación presentóse al servicio de Schwartz con los accidentes de oclusión intestinal aguda, que sobrevinieron en plena salud del sujeto, el cual experimentó vivo dolor en el vientre, suspendiéndose desde este momento el curso natural de las materias fecales; sobrevinieron vómitos, los cuales pronto se hicieron fecaloides; el vientre presentó abultamiento uniforme, y el dolor no se localizó en una región bien determinada; se diagnosticó *oclusión intestinal;* se ejecutó la laparotomía mediana, y después de cuidadosa é inútil exploración, no reveladora del agente de estrangulación, se terminó creando el ano artificial; murió el enfermo y por la autopsia se descubrió (prolongando hacia el apéndice xifoide la herida de la laparotomía, y previa evisceración de la masa intestinal) la existencia de un orificio situado en la parte posterior del diafragma, que había permitido dejar pasar el colon transverso y una parte del descendente. La disección de la región reveló que no existía líquido en la pleura, ni adherencias entre el saco herniario y el lóbulo inferior del pulmón. Encontraron formado el saco por una hoja que les pareció imposible desdoblar, que presentaba adherencias casi completas con el epiplón que lo revistió interiormente, quedando en la duda de si existió un saco peritoneal y un saco pleural. Encontraron la asa cólica roja y con placas de esfacele, inflada por los gases, sin perforación. El epiplón inflamado lo encontraron tapizando todo el saco herniario. El mesocolon inflamado, atrayendo al estómago, que, sin introducirse en el anillo, se pone en contacto con él. Finalmente pueden ver en el asa intestinal dos surcos que corresponden al agente del estrangulamiento, siendo éste el ojal diafragmático sobre el cual se adhiere el cuello del saco, permitiendo el primero la introducción del dedo meñique, que enseña que sus bordes son bastante cortantes, que es regularmente circular y está situado sobre la base muscular del diafragma.»

A la sagacidad clínica de nuestro inolvidable Maestro el Profesor Rafael Lavista no escaparon las dificultades del diagnóstico anatomo-clínico de la estrangulación herniaria, como lo prueba el siguiente párrafo que íntegro tomamos de su brillante artículo publicado en el cuaderno del 15 de Julio de 1898, de la *Revista de Anatomía Patológica y Clínicas:*

«Cuando se trata del proceso hernioso, si el dolor aparece al nivel de los múltiples agujeros ante ó retroperitoneales, y si se desarrolla de un modo violento y repentino, con intensidad extraordinaria, existe motivo bastante para referir la oclusión al pellizco intestinal producido al nivel de los orificios mencionados, y aun pudiera afirmarse esta interpretación, si el proceso de estrangulación le sigue inmediatamente. Si por accidente el dolor aparece al nivel de una vieja cicatriz, resultado de un antiguo traumatismo, sea cual fuere el sitio en que éste se haya producido, motivo bastante habría para suponer la estrangulación por bridas que establecieron adherencias del intestino con la pared abdominal, ó bien penetración accidental de las visceras abdominales al través de hendeduras persistentes en el diafragma, después de herida penetrante, interesando las dos grandes cavidades del tronco. Muchos casos de esta especie hemos tenido la ocasión de comprobar.»

Como hechos positivos que me servirán para sostener la tesis que antes expuse, cuento con una estadística de 27 casos, formada por el Dr. P. Postempsky, Profesor de Cirugía y Ortopedia de la Real Universidad de Roma, quien tuvo la bondad de obsequiarme con el folleto interesante que dicho distinguido cirujano presentó al XI Congreso Médico Internacional, intitulado: «*Ferite del Diaframma é lore cura.*—Roma, 1895,» y en el cual se establece, por los resultados obtenidos con la toracotomia, destinada á reparar los desórdenes producidos en el músculo diafragma y en las vísceras abdominales herniadas (á veces lesionadas por el instrumento vulnerante); la bondad de este proceder superior á la laparotomía y mediante el cual se pudieron curar todos los enfermos, con excepción de dos de ellos, evitándose por un seguro diagnóstico é inmejorable tratamiento, la posibilidad no muy remota de que se originase la estrangulación herniaria y fuera ésta desconocida, si alguna vez se presentaban los enfermos en las condiciones de los hechos que antes indiqué, y que hacen de todo punto imposible practicar todas las maniobras que exigen los procedimientos comunes de exploración clínica, que sólo conducen al exacto diagnóstico cuando es dable estudiar á los pacientes fuera de las condiciones sintomatológicas que caracterizan el cuadro que es propio de la oclusión ó estrangulación herniaria, lo cual apremia al cirujano á intervenir inmediatamente, por más que abrigue en su espíritu más de una incógnita.

Sólo en el primer supuesto, que es en el que se coloca el autor del referido folleto, es dable al cirujano trazar el programa operatorio que conduce casi seguramente al éxito, en los casos de traumatismos recientemente producidos; pues basta una poca de atención, tener la sospecha de la herida diafragmática y la comprobación por el examen objetivo de los signos que son propios del pneumotórax, que con frecuencia complica estas heridas, para estar suficientemente autorizado para debridarlas, y haciendo las operaciones indicadas (resección costal, reducción de la hernia, sutura de las vísceras herniadas, si las encuentra lesionadas, extracción de coágulos, etc.), y sutura de la herida, con ó sin desagüe, según se indique; tratar las complicaciones que resultasen y que son inherentes á estas lesiones, para que el enfermo cure y quede definitivamente establecida la bondad del método, que á la postre tiene increíbles ventajas sobre la celiotomía, si se piensa únicamente en los resultados que suministra la práctica de esta última operación, mediante la cual, como ya indiqué, la exploración es de un valor insignificante, y concedido que el diagnóstico de estrangulación llegue á realizarse, la terapéutica quirúrgica tiene en su contra los obstáculos naturales de la región, entre los cuales resaltan: la necesidad de extraer una gran porción del tubo intestinal, maniobra nada inocente, y las dificultades de la asepsia de la cavidad torácica (sitio de la hernia) y finalmente, la enorme dificultad para ejecutar con la corrección necesaria, la sutura de los labios de la herida del diafragma.

Por todas las razones anteriores, somos absolutamente partidarios del procedimiento del eminente Profesor de Roma y sólo deploramos no poder transcribir íntegra su interesante labor quirúrgica, que consideramos como constituyendo un grande adelanto en la terapéutica quirúrgica de la hernia diafragmática, consecutiva á los traumatismos tan frecuentes en la zona que limita las cavidades torácica y abdominal, y cuya frecuencia en nuestra práctica hospitalaria podría con voluntad llegarse á establecer en números redondos, con sólo tomarse el trabajo de analizar los numerosos comprobantes judiciales que

existen en nuestro hospital de sangre, en el cual ignoramos si alguna vez se ha tenido la oportunidad de intervenir en casos semejantes.

Antes de abordar en sus detalles el tema que nos hemos impuesto tratar en este mal forjado artículo, que no tiene otro fin que el de estimular á nuestros compañeros en la profesión médica, para que se dignen remitirnos el caudal inédito de sus interesantes hechos clínicos, ya es tiempo de historiar brevemente los dos casos de que antes hice mérito y que son los siguientes:

OBSERVACIÓN I.

Paula Rangel. Viuda. De 50 años. De la Luz (Guanajuato). Tamalera. Ingresó al Hospital de San Andrés el 29 de Junio del año actual.

ANTECEDENTES.—Los debemos al empeño que tomó nuestro amigo el Señor Dr. Abogado en inquirirlos, siendo él quien nos envió la enferma por juzgar de urgencia la intervención quirúrgica. Desgraciadamente no contamos con estos importantes antecedentes hasta después del fallecimiento de la enferma, faltándonos en consecuencia para fundamentar el diagnóstico clínico.

«Refiere su familia haber padecido desde muy joven del pulmón, habiendo sufrido varias pulmonías, observándose con mucha frecuencia, casi habitualmente, esputos purulentos. Hará unos 4 años, después de una de sus agravaciones, le sobrevino una dispnea en extremo penosa; pues apenas pretendía andar la asfixia se presentaba con extraordinaria intensidad. En la noche y con frecuencia venían los accesos de opresión y asfixia, que poco á poco se fueron haciendo menos intensos y menos frecuentes, pero que nunca llegaron á desaparecer. Ultimamente todavía se repetían cada 8, 15 ó 20 días; pero desde que este síntoma apareció ya no pudo más subir una escalera, andar de prisa ó ejecutar cualquiera faena que exigiese fuerza ó movimientos activos.

«El Sr. Dr. J. de J. Sánchez que la atendía, manifestó á la familia que la señora se hallaba tuberculosa, que el pulmón izquierdo se encontraba destruído y que era posible ocurriese la muerte rápidamente en uno de los accesos bruscos y prolongados de tos que padecía. Desde hacía años también, la enferma no podía acostarse del lado izquierdo, pues si lo intentaba se producía desde luego un acceso de asfixia. Padecía á la vez un dolor casi constante, dolor fijo en el costado izquierdo (al nivel de la séptima ú octava costilla próximamente y en la línea axilar) como punto de partida, irradiándose á toda la área del pulmón izquierdo. Este dolor se exacerbaba sobre todo en las tardes, siendo aún más intenso después de una comida copiosa é indigesta ó cuando había sufrido alguna impresión moral fuerte.

«El 22 de Junio próximo pasado comienza á sentirse más mal que de costumbre, atribuyendo su malestar á un disgusto. El dolor costal se aumenta y desde ese día no vuelve á evacuar. En el vientre no existe punto alguno doloroso.

«Por el referido dolor del costado es llamado el Sr. Dr. Sánchez, quien le prescribe una poción digestiva y un pequeño vejigatorio *loco dolenti*. El 24, purgante y lavativa que no obtienen resultado alguno. Vómitos tenaces. El 25, poción de Rivière; los vómitos continúan.

«El día 27 la ve por vez primera el suscrito y como la exploración minuciosa del vientre y estado general no permite establecer un diagnóstico seguro, limitase á prescribir hiosciamina y estricnina y un lavado intestinal, indicando la urgencia de una intervención quirúrgica decisiva. El 28 no la ve.

«El 29 es llamado de nuevo; la situación no mejora; hace un amplio lavado con agua hervida simplemente, y con sonda esofagiana americana, cuya consistencia especial permite seguir las curvas del intestino grueso y llegar muy alto. Resultado nulo; ni materias fecales ni gases.

«No hay vómitos fecaloides ni porráceos, pero el estado general es malo. Apirexia y alguna dispnea, pero poca. Insiste sobre la imperiosa necesidad de intervenir; decide á la familia y la enferma á que se procure la internación de ésta al hospital y la confía al Sr. Dr. D. Francisco Hurtado, quien la hace recibir en la misma tarde en el Hospital de San Andrés, para ser operada al día siguiente (30) en el Servicio de Cirugía de Mujeres que es á su cargo.

«NOTA.—En Paula Rangel existe, además, un embarazo de 4 y medio á 5 meses. Reconocida el 27, nada se encuentra de notable sobre esto. Reconocida el 30 al ir á practicarse la operación, se encuentra el cuello dilatado un centímetro de diámetro, y muy dilatable y blando, lo cual hace presumir la posibilidad de un aborto.—E. L. ABOGADO.»

EXAMEN DE LA ENFERMA.—Enflaquecimiento pronunciado; palidez general de la piel y de las mucosas; facies peritoneal; ojeras, dilatación de las alas de la nariz; lengua seca; vientre uniformemente tenso de forma ovoidea; paredes abdominales fuertemente distendidas, marcándose el relieve de las asas del intestino delgado; sonoridad timpánica generalizada; ligera macicez en el colon descendente. Acusa poco dolor por la palpación, y esta maniobra no permite precisar la altura del fondo de la matriz, ni su posición exacta, como sería fácil de comprobarse si el meteorismo no fuera tan exagerado, para impedir sentir el órgano que lleva un producto de gestación que alcanza el 5º mes (como puede rectificarse por el tacto vaginal, cuyos datos se darán en seguida). Acusa dolor en el hipocondrio izquierdo y en el flanco, en donde se observa la cicatriz de un vejigatorio que le aplicó el Dr. J. Sánchez, cuando hace tiempo la atendió de la lesión pleural que precedió al síndrome de oclusión intestinal de que ahora sufre.

El estado de suma gravedad que presentó la enferma imposibilitó el examen detenido de sus órganos torácicos. Solamente apreciamos el aumento y desviación de la área cardiaca, la existencia de un soplo suave presistólico, en el punto correspondiente al foco mitral y la disnea moderada.

El tacto vaginal reveló encontrarse ocupada la matriz por un producto de concepción, pudiéndose tocar el cráneo por la penetración del dedo á través del orificio interno, en vía de dilatarse. El segmento inferior, desarrollado moderadamente.

La auscultación del vientre no pudo dejar percibir los latidos fetales.

DIAGNÓSTICO.—En vista de estos datos y de los que nos suministró el Doctor Abogado, diagnosticamos *oclusión intestinal de causa desconocida*, pues creímos en la existencia de una hernia interna ó de estrangulación por cualquier otro mecanismo, por el número de días transcurridos y la poca agudeza del dolor del hipocondrio. Creímos que el obstáculo debía estar situado en la parte inferior del intestino delgado, por la forma del vientre, la falta de vómitos fecaloides y el inéxito de los lavados rectales ejecutados con la sonda esofágica. También juzgamos que pudiera tratarse de simple parálisis intestinal. De todos modos, nos decidimos por ejecutar el ano artificial sobre el ciego, haciendo por la herida una rápida exploración para ver si teníamos la fortuna de encontrar la causa del obstáculo al curso del material fecal.

El pulso de la enferma antes de operarse era de 120 pulsaciones por minuto, rítmico y disminuída su tensión. La temperatura era de 38° y la respiración de 38.

OPERACIÓN.—*30 de Junio.*—A. clor. con 30 gramos.—Duración: 90 minutos.—Celiotomía lateral derecha de 12 centímetros á la mitad del espacio comprendido entre la espina ilíaca anterosuperior y la línea media, terminando á dos dedos sobre el arco de Poupart.—Se encontraron adelgazadas los paredes musculares, el peritoneo distendido por una asa de intestino delgado vivamente inyectado, la cual se apartó, cayendo sobre el ciego, se extrajo éste y el apéndice alargado pero sano, así como una extensión de íleon como de 40 centímetros, se introdujo la mano y se exploró rápidamente el vientre, obteniéndose los siguientes datos: El mesocolon del ciego se encontró atirantado, sin poner obstáculo material á la circulación del intestino; el colon descendente aplastado; sensación de frigidez del intestino delgado al acercarse al hipocondrio; en la cavidad pelviana algunas asas del íleon detrás del útero distendido y remontado hasta el apéndice. La palpación de esta entraña acusó la presentación 2ª de vértice del producto. Se puncionó con la ayuda de la jeringa de Pravaz, con el fin de extraer el líquido amniótico, y el resultado fué nulo. Comprendimos los presentes que si el aborto hubiera sido fácil de provocarse, lo hubiéramos intentado realizar para disminuir la tensión intraabdominal; pero no estando el cuello suficientemente dilatado, prescindimos de hacerlo, dejando á la naturaleza el cuidado de efectuarlo, como lo efectuó en esa misma noche.

Siendo negativo el resultado de la exploración prudente, no pensamos ni por un solo momento hacer una amplia laparotomía, estableciendo en seguida el ano cecal, por doble plano de sutura; entonces abrimos con la tijera curva el ciego y dimos salida á una gran cantidad de materias fecales de mal olor y con el aspecto que corresponde al de las evacuaciones que provocan los purgantes oleosos (que varios días antes había tomado la enferma sin el resultado deseado).

DECURSO POST-OPERATORIO.—La temperatura descendió desde luego á 37°; el vientre se deprimió regularmente; pudo alimentarse, y á las dos y media de la mañana del siguiente día abortó la enferma un feto de 5 meses, que respiró y murió pocos momentos después. El señor practicante De la Vega extrajo la placenta é hizo lavatorio intrauterino, administrando la solución de ergotina de Yvon.

1º de Julio.—La enferma muy mejorada, no acusa dolor en su vientre, que está deprimido y ofrece el aspecto normal. Matriz bien contraída.

Día 2 de Julio.—En vista de la mejoría persistente, íbamos á proceder á la oclusión del ano artificial: le dimos cloroformo á la señora, pero desistimos del intento por no asegurarnos, por amplio lavado que hicimos por la sonda introducida por el recto, de que estaba permeable esta porción del intestino, y que debería quizá existir un obstáculo material, que solamente hubiera podido aclarar la laparotomía hecha en estas circunstancias, que aunque fuesen de relativa mejoría, no creímos tener la suficiente autorización para hacerla. La enferma había dado bastantes pruebas de su resistencia orgánica soportando la operación y el aborto, para que motivase aquella, por lo menos por ese día, la ejecución de la laparotomía. Hay que advertir que la anestesia esta vez produjo disnea, y que al inyectar la ducha rectal se meteorizó y acusó dolor y ligero espasmo respiratorio.

En la tarde la enferma se agravó súbitamente; el dolor en el epigastrio é

hipocondrio izquierdo fué en aumento; entró en un estado de alarmante algidez, y sucumbió en la tarde del día siguiente.

AUTOPSIA Á LAS 22 HORAS.—La inspección del tórax reveló la existencia de una antigua pleuresía diafragmática, caracterizada por la existencia de fibras resistentes de neo membranas que fijaban las bases pulmonares al diafragma en el lado derecho, constituyéndose por el mayor desarrollo y extensión de las mismas, y en el lado izquierdo una cavidad accidental, de forma de una pirámide de base inferior formada por el músculo diafragma; la externa por la pared costal abajo, y arriba por el pulmón izquierdo remontado; el lado interno por el pericardio. Dicha cavidad se encontraba ocupada por parte del colon transverso, el ángulo cólico y el principio del descendente, y todo ello midió 60 centímetros de longitud, dando por resultado el desalojamiento del corazón, que se encontraba casi horizontal y desviado hacia la línea media, presentando mayor extensión de contacto de su cara anterior con la pared torácica (como acontece en los derrames pericárdicos). Se encontró insuficiente la válvula mitral y ligera degeneración grasienta, con más dos coágulos fibrinosos no organizados, dentro de la cavidad de los ventrículos.

EXAMEN DE LOS ÓRGANOS ABDOMINALES.—El estómago, dilatado; el gran epiplón remontado, no aparece en su lugar; el intestino grueso, moderadamente dilatado, aparece en su porción ascendente y transversa, y se pierde detrás del epiplón y el estómago; el descendente está oculto por el intestino delgado, que está normal á la vista. Siguiendo por el tacto el colon, así como el epiplón, se cae sobre una perforación del diafragma, situada en la parte media del lado izquierdo de este músculo, sobre el estómago y al nivel del borde izquierdo del hígado. Su forma es regular, circular, como de tres centímetros de diámetro, habiendo pasado, como antes se dijo, á través de ella el gran epiplón, cuyo órgano presentaba adherencias antiguas con la pleura, y abajo del epiplón, el intestino grueso se había deslizado en una longitud de 60 centímetros. En esta porción herniada el colon tenía un color rojizo apizarrado, y sólo presentaba su diámetro disminuído al nivel de la parte ceñida por el anillo herniario. La cavidad arriba del diafragma estaba constituída por la pleura engrosada y el pulmón.

No había trazas de peritonitis.

Las suturas que fijaban el ano artificial estaban en su puesto.

REFLEXIONES.—Creemos de interés la publicación de este hecho clínico, por ser poco conocidas del público médico observaciones relativas á tan obscuro síndrome patológico, lo que atribuímos á la circunstancia de que siendo fatal la terminación de las operaciones emprendidas en tan difícil evento, los cirujanos no se deciden á publicar los inéxitos que casi forzosamente son obligados, pero independientes de su pericia y buena voluntad para salvar á estos desgraciados pacientes. Las causas de inéxito se encuentran en la generalidad de las veces en la funesta tendencia que se observa en la práctica corriente de administrar purgantes reiterados y todo el arsenal farmacológico indicado, en el supuesto de tratarse de la parálisis intestinal, retardando la intervención hasta muchos días después de iniciado el cuadro clínico, con frecuencia complicado de los desórdenes que producen en el organismo la peritonitis, las lesiones de esfacele que sufre el intestino y la inanición consiguiente á la falta de alimentos. Asi, pues, en la mayoria de los hechos registrados, la intervención quirúrgica, retardada por todos estos motivos, pone á los cirujanos de hospital casi en la imposibilidad de hacer un diagnóstico, siquiera sea éste

aproximado, y siendo la situación de los enfermos casi desesperada, optan aquellos por ejecutar la operación que implica menos peligro, como es la del ano anormal; operación que si bien es paliativa, pudiera procurar en algunos casos la mejoría del sindrome, para permitir después de algunos días ejecutar la celiotomía, operación más radical pues sólo por ella puede llegarse á separar la causa real de la oclusión. La presente observación indica cómo tratamos de realizar este programa, desistiendo de ello por las condiciones especiales de la sujeto, en quien el desgaste nervioso que produjeran las enfermedades que antes padeciera, sumado con la oclusión y el aborto, la hacían poco dispuesta para resistir el nuevo choque que la laparotomía implicaba en ella.

Existe suficiente número de observaciones referentes á hernias diafragmáticas, diagnosticadas ó ignoradas hasta que se practica la necropsia; no ha llegado empero á nuestro conocimiento un hecho semejante en que la causa relativamente lejana de la oclusión intestinal sea producida por la pleuresía diafragmática, generalizada á ambos lados y terminando por la ulceración del músculo, hasta constituírse dicha perforación en agente herniario y de una porción tan considerable del intestino grueso, el cual no sabemos á punto fijo desde cuándo se encontraría alojado en la cavidad accidental del tórax, constituída por las falsas membranas organizadas de la pleuresía. La inflamación y engrosamiento del epiplón nos hace suponer que se trató de un proceso que afectó desde un principio el pulmón y la pleura diafragmática, proceso nosológico bastante obscuro é insidioso, que pudo soportar la enferma, la que por los síntomas recogidos con tanto esmero por el Sr. Dr. Abogado después del fallecimiento, nos indican por el dolor y la disnea cuánto debe haber sufrido la misma, no obstante lo cual su excepcional constitución pudo tolerar el desarrollo de un producto de concepción, cuyo aspecto no difería del que correspondiera á una persona sana.

La amplitud relativa del orificio herniario diafragmático explica la falta de algunos síntomas que son propios del estrangulamiento interno, tales como el dolor, la peritonitis, primero limitada al contorno de la zona estranguladora, y los vómitos fecaloides, que aquí faltaron.

OBSERVACIÓN II.

Sr. Dr. D. Francisco Hurtado.

C. de Ud. Julio 8 de 1902.

Distinguido y fino amigo mío:

Accediendo con gusto á los deseos de Ud. y por juzgar de positivo interés científico la consignación y estudio del hecho clínico que acabamos de observar de hernia diafragmática en la operada del día 30 del próximo pasado Junio, Paula Rangel, adjunto á Ud. los datos, recogidos de la familia ó que yo puedo suministrar, que se sirvió pedirme. Toca á Ud. ocuparse de la intervención quirúrgica, de los accidentes post-operatorios y de los datos ministrados por el examen necroscópico. A su buen criterio clínico y reconocida erudición dejo asimismo las múltiples consideraciones é interesantes corolarios que entraña y aun exige este muy interesante caso clínico.

Este hecho excepcional despertó en el acto en mi memoria el recuerdo del primer caso de este género que me tocó en suerte ver y comprobar y el de otro en que sólo pude *sospechar* el mismo accidente, pero en el cual no pude ratificar ó rectificar mi presunción.

El primero ocurrió hace 20 años y buscando en el pequeño archivo en

que he coleccionado y guardo las observaciones que por su interés ó poca frecuencia más me han impresionado, encontré la copia del oficio que, como Médico del Hospital, dirigí al Juez de 1ª Instancia del Distrito que conoció del asunto. Los datos que allí se enumeran dan á mi juicio, sin requerir pormenores de menor importancia, una idea clara y precisa de lo ocurrido.

Por esa razón, á pesar de ser un poco extenso, me permito incluirle la copia de ese documento.

El segundo caso en que por la similitud del cuadro de síntomas, supose el mismo accidente, también originado por un traumatismo, ocurrió hace 7 ú 8 años en que fuí violentamente solicitado para ver á una señora por el rumbo de San Salvador el Seco de esta Capital. La caída de un ropero encima de la señora había producido con alguna de sus aristas la fractura de las costillas 7ª y 8ª del lado derecho, en su parte media. La señora presa de angustiosísima dispnea afirmaba haber sentido una desgarradura interna, cuando, después de recibido el golpe, hizo un poderoso esfuerzo para levantar el mueble que pesaba sobre ella.

Percutiendo y auscultando el lado del tórax lesionado, se rechazaba desde luego la producción de un derrame hemático, porque en vez de la macicez que tal accidente debía revelar, se observaba una sonoridad timpánica ocupando una extensa área desde la base hasta cerca del vértice del pulmón.

Mi diagnóstico fué por esto, desgarradura del diafragma por alguna de las extremidades de las costillas fracturadas y hernia del intestino en la cavidad torácica, de pronóstico gravísimo. No siendo el Médico de la familia no volví á la casa, ignorando quién fué el facultativo que atendió á dicha señora de la cual sólo pude averiguar que en la noche ó al día siguiente había fallecido en su misma casa, sin que la autopsia se practicara.

Si bien de distinta etiología, por ser ambos casos, de origen traumático, no he querido dejar de apuntarlos, pues, aunque incidentalmente, pudieran tener algún interés en la historia de este accidente, por más que el estudio de las hernias diafragmáticas por traumatismo sean mucho más frecuentes y estén mucho mejor estudiadas que las generadas por procesos flegmásicos y supurativos, como en el caso interesantísimo que se propone Ud. analizar.

Quedo como siempre de Ud. muy atento amigo, compañero y S. S.—E. L. Abogado.

(Copia del documento citado en la anterior.)

«Tengo el honor de participar á V. que en la tarde de ayer, en cumplimiento de la orden de ese Juzgado, y en presencia del personal que lo forma, practiqué la autopsia del cadáver del que en vida se llamó Antonio Gayosso, que falleció el día de antier. Dicho cadáver al exterior nada presenta digno de mencionarse.

Abierta la cavidad del tórax, encontré el pulmón derecho comprimido por el corazón, que estaba fuertemente desviado hacia ese lado; el pulmón izquierdo, comprimido de modo tan enérgico hacia arriba, que se hallaba reducido á la tercera ó cuarta parte de su volumen normal, y explicando la causa de todos estos desórdenes un gran paquete de intestino, delgado y grueso, y una parte del estómago, que formaban una hernia enorme al través del diafragma.

La porción del colon transverso y del intestino delgado herniados en la cavidad torácica, estaban considerablemente distendidos por gases, y en la porción del estómago que se encontraba allí había solamente un líquido ver-

dioso, formado sin duda en su mayor parte por bilis, y análogo al que estuvo arrojando en los vómitos incoercibles que le afligieron durante su brevísima enfermedad y agonía.

El pulmón izquierdo revelaba haber sufrido una compresión brusca y poderosa, presentándose con muchas manchas equimóticas, pero no tenía los caracteres y alteraciones típicas que presenta este órgano cuando un proceso flegmásico se ha desarrollado en el parenquima ó la pleura.

El hígado se hallaba muy hiperemiado, y en la vesícula distendida mayor cantidad de bilis que la normal. El bazo, también congestionado, estaba desviado hacia arriba, habiendo sido arrastrado por el movimiento ascencional del paquete que bruscamente invadió la cavidad del tórax.

Para observar y determinar las dimensiones de la abertura ó anillo del diafragma que abrió paso á hernia tan considerable, fuéme preciso hacer pequeñas incisiones en las asas intestinales, para dar salida á los gases que, como dije ya, las dilataban mucho, causando su estrangulamiento. Remediado este por ese medio, pudo reintegrarse la parte herniada á la cavidad abdominal.

La abertura del diafragma, siguiendo la dirección de sus fibras, medía unos 10 centímetros, y se extendía hasta cerca del centro frénico. Ninguna otra particularidad pude notar en los órganos torácicos ó abdominales.

Para caracterizar mejor el presente caso, debo decir que en la mañana de antier, solicitado por la familia, fuí á ver al hoy occiso, sabiendo por ella que Gayosso había comenzado á sufrir desde la víspera en la tarde, á consecuencia de haber levantado un tercio pesando 6 arrobas; que en ese momento sintió que algo se le desgarraba, y comenzó á experimentar una angustia y una sofocación intensa y un malestar inexplicable, que fueron aumentando gradualmente. Durante la noche sobrevinieron vómitos; la ansiedad y la asfixia llegaron á tal extremo, que cuando fuí á verle en las primeras horas de la mañana, no me fué posible auscultarlo por el estado de espantosa agitación en que se hallaba, que no le permitía un solo instante de reposo. Aunque sospechada la lesión, no pude precisar el diagnóstico, limitándome á prescribir una poción con morfina, y á anunciar el próximo fin. Pocas horas después, en medio de indescriptible angustia, falleció Gayosso.

La herida por la cual ingresó al Hospital en 3 de Junio próximo pasado, de un centímetro ó acaso menos, inferida con instrumento punzo-cortante, puñal ó verduguillo de lámina muy angosta, y que estaba situada en el 6° espacio intercostal izquierdo, en vez de interesar únicamente los músculos superficiales, como creí entonces, fué penetrante é interesó evidentemente el diafragma. La causa de haber desconocido la importancia de la lesión, tomando como superficial una herida penetrante de tórax, fué el que ninguno de los accidentes que denuncian y complican las heridas penetrantes en la cavidad del tórax, se presentó en este caso, pues si acaso hubo una pleuritis diafragmática, fué ésta apirética, y tan sumamente limitada, breve y ligera, que pasó desapercibida, atribuyéndose el dolor insignificante y pasajero de la región (único síntoma apreciable) á una de las múltiples contusiones que había recibido Gayosso, como consta en mi primer informe.

La mejoría fué sumamente rápida, y la convalecencia tan franca, que el día 10 del mismo Junio, es decir, á los 6 días de su ingreso, se le permitió regresar á su casa, aunque, por exceso de prudencia, *en observación*.

El 18 volví á verle; la auscultación nada revelaba; su estado era completamente satisfactorio y se le concedió su alta definitiva.

Como dejo asentado ya, y lo atestiguó la abertura de entrada, el arma con que se infirió esta herida fué de una hoja muy angosta, que llegó oblicuamente hasta el diafragma, produciéndose en la lesión de éste una pequeña hernia, un ligero pellizcamiento del intestino, que redujo apenas su calibre, que allí permaneció en lo sucesivo, y que no dió señal ninguna de su existencia durante los CUATRO MESES que sobrevivió el herido, con aparente, pero cabal salud y entregado como siempre á las rudas faenas del campo.

El considerable esfuerzo hecho por Gayosso para levantar el tercio pesado de que he hecho referencia, causó la ruptura del diafragma, siendo la antigua herida el punto inicial de aquélla y de la hernia colosal que observamos, causó su estrangulación, y por tan graves desórdenes la muerte muy en breve.

Queda, por consiguiente, rectificada la clasificación errónea que de la herida de Antonio Gayosso consta en mi informe de 3 de Junio próximo pasado, pues consecuencia directa de ella fué incuestionablemente la muerte del herido mencionado.

Protesto á V. mis consideraciones.

Independencia y Libertad. Huauchinango, Octubre. . . de 1882.—*E. L. Abogado.*—Al C. Juez de 1ª Instancia.—Presente.

DR. F. HURTADO.

(Continuará.)

SECCIÓN VII.

LA REACCION FEBRIL Y SU MEJOR TRATAMIENTO

(FRAGMENTO DE MI DIARIO DOSIMÉTRICO.)

En el número 12 del Tomo IV de la *Crónica*, correspondiente al 1º de Diciembre del año próximo pasado (1901), nuestro bien estimado y estudioso amigo el Sr. Dr. E. P. Lamicq, publicó un artículo, que nuestros lectores recordarán, defendiendo, de acuerdo con algunos autores, no solamente la inocuidad de la calentura sino su utilidad, por disminuir la virulencia y vitalidad del agente patógeno, aumentar la acción fagocitaria de los glóbulos blancos, etc, y atacando las ideas del Dr. Marty.

En el número 7 del Tomo VIII, de *La Dosimétrie*, correspondiente á Julio próximo pasado, encontramos bajo el segundo epígrafe que encabeza este artículo el que en seguida traducimos del Dr. Roux, referente al mismo asunto y en que el autor, en opuesto bando, combate á su vez las ideas del Dr. Lamicq, sobre el modo de considerar y tratar la calentura.

Toda discusión leal y sostenida por adversarios competentes es fructuosa, pues como el viejo adagio nos lo afirma, de ella puede surgir la luz.

El punto discutido es de importancia incuestionable y mucho nos complacerá y complacería sin duda á nuestros lectores, ver dilucidada una cuestión de interés tan vital como ésta, que entraña nada menos que la adopción definitiva ó la repulsión de una terapéutica activa en los estados febriles del organismo.

***

He aquí, pues, sin comentarios, el breve artículo del Dr. Roux á que nos referimos.

«Mayo.—La lectura del artículo del Dr. Lamicq de México, hecha últimamente en una de las sesiones del Instituto, artículo que encierra una dura crítica del trabajo leído por el Dr. Marty, en el Congreso de Medicina Dosimétrica, me ha sugerido las reflexiones siguientes que anoto en mi agenda.

Dejo á más sabios colegas el cuidado de acumular citas para contestar con ellas á nuestro colega de México, con tanta mayor razón cuanto que para mí no es buena esta manera de discutir. Citáis la opinión de A., de Y. y de Z. y deducís en seguida que tenéis razón. *Doctus cum libro*. Pero si el profesor se ha engañado (y eso acontece alguna vez) ¿qué sucede? Simplemente que la conclusión es falsa. Y en el presente caso, creo esa malaventura ha sufrido nuestro colega.

Abandonemos desde luego toda teoría y razonemos tan solo con nuestro sentido común.

Comienzo preguntando al Dr. Lamicq que es lo que él hace cuando uno de sus enfermos tiene calentura? Se abstiene naturalmente de combatirla y quitarla, lo sabemos, pues más bien se la daría; pero en fin, lo cura ó no le hace nada. En el último caso, me temo mucho que su clientela, evitando esta espectativa tenaz, no le permita dentro de poco tener bastantes enfermos para continuar sus observaciones. Si adopta el primero ¿qué hace? Si instituye un tratamiento que alivie ó mejore á su enfermo, si evacua por ejemplo el pus de un absceso, temo igualmente que no haga desaparecer en el acto la fiebre. . . ¿Y su teoría entonces?

Temo mucho que el Dr. Lamicq no haya comprendido bien el método que seguimos nosotros los dosímetras. Repitamos, pues, para que lo sepa bien, que cuando decimos que es preciso sobretodo combatir la fiebre, esto no quiere decir que vayamos á dar, como los colegas de la escuela clásica, antipiréticos hasta que la temperatura baje. ¿De que nos serviría el disminuir por intermitencias la calentura por medio de medicamentos que, como la antipirina, la acetanilida, etc., pueden de un momento á otro volverse perjudiciales y peligrosos para nuestros enfermos? Y hermoso resultado es el obtenido, si es que se obtiene: una remisión de dos ó tres horas! No, nuestra expresión significa que siendo la fiebre, como el simple sentido común lo demuestra, el síntoma de una infección ó de una inflamación local, creemos nosotros que si por un tratamiento especial logramos hacer bajar la calentura de una manera regular y permanente, es que hemos logrado moderar la inflamación ó atenuar la infección.

Me diréis entonces que obramos sobre la causa y no sobre el síntoma. Pero para nosotros *fiebre* y *enfermedad* es la misma cosa, por lo que quien suprime la una suprime la otra. De la atenuación ó desaparición de los desórdenes locales no puede juzgarse sino al cabo de varios días, y por consiguiente, con el antiguo método de las pociones, no puede decirse desde luego si el tratamiento impuesto es bueno, mientras que con la ayuda del termómetro, siempre es posible comprobar por la regresión continua del síntoma *fiebre* que la enfermedad está combatida con una medicación apropiada. He aquí por que preferimos decir, doctrinariamente. «La fiebre, he ahí el enemigo» considerando esa doctrina como del buen sentido y de la experiencia.

Doctrina del sentido común, porque si la fiebre fuese únicamente un acto de defensa del organismo, como lo juzgan y proclaman los partidarios de la doctrina contraria, tendiendo á la destrucción de las materias piretógenas el aumento de las oxidaciones, llegaríamos á la absurda conclusión de que es pre-

ciso favorecer esta técnica y que, mientras mayor sea la hipertermia, menos hay que combatirla y en mejor vía de curación se encuentra el enfermo.

Doctrina de la experiencia, porque nuestro tratamiento siempre es apropiado á la naturaleza de la enfermedad: Quinina en determinadas fiebres, porque, obrando particularmente sobre la celdilla enferma, por eso mismo hace descender la temperatura; baños fríos en otros casos, porque, favoreciendo la diuresis y restringiendo á proceso infeccioso, pueden igualmente hacer bajar la temperatura; y en fin trinidad defervescente en casi todas las otras fiebres, en donde la cirugía exploradora más valiente y audaz no puede inquirir la lesión y en las cuales ningún medicamento especifico de la celdilla enferma puede aplicarse por no ser conocido. La trinidad defervescente: *Estricnina, aconitina y digitalina*, al contrario de los medicamentos antitérmicos usuales, sostiene el corazón y el sistema nervioso, favoreciendo la diuresis. La trinidad defervescente, en fin, es un modificador vital por excelencia, obrando sobre la fiebre, porque permite á la celdilla atacada luchar contra la inflamación y á las celdillas sanas aún, reobrar contra los desechos infecciosos de las celdillas enfermas; y porque, en una palabra, permite á la energía vital que de nuevo recobre su preponderancia.»

DR. ROUX.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LOS VOMITOS DEL EMBARAZO Y SU TRATAMIENTO RACIONAL.

Sobre éste frecuentísimo accidente de la gestación, que por lo común se observa en los primeros meses de ella, acabamos de leer un artículo del Dr. Monin en La Dosimetría de Julio próximo pasado, del que rápidamente vamos á dar una idea por lo práctico y racional de los consejos que encierra para combatir un estado que, á las molestias y trastornos que produce, agrega algunas veces peligros grandes y verdaderos.

En los casos sencillos de vómitos matinales, el Dr. Monin, se limita á aconsejar un poco de Magnesia calcinada con jugo de limón azucarado en *soda water* y una cucharadita de Sedlitz Ch. Chanteaud, en un poco de agua alcalina y asimismo en las comidas 4 ó 5 gotas de tintura de yodo en agua vinosa (lo cual equivale al Vino yodo-Tánico que con buen resultado hemos prescrito alguna vez.)

Por el enflaquecimiento, la desnutrición y el decaimiento vital que originan, haciendo penosa y enfermiza la gestación, los vómitos alimenticios, comprometiendo la vida de la madre y del producto por esa auto-intoxicación profunda, merecen una atención grande y justificada. Es en estos casos en los que se ha aconsejado como supremo recurso, la evacuación uterina, pero antes de llegar á ella es preciso usar de los medios que pone á nuestro alcance la Terapéutica moderna; estos bastan con frecuencia para salvar la situación. El Dr. Monin, cuya especialidad ha sido durante 25 años la patología y tratamiento de las enfermedades del aparato digestivo, dice no haber encontrado un só-

lo caso en que la provocación del parto haya sido indispensable. Y aunque creamos demasiado exclusiva semejante conclusión, creemos también que es preciso estudiar los medios de que lo sea.

A lograr tal fin se encamina la terapéutica recomendada por el autor del artículo de que estamos ocupándonos, y que brevemente extractaremos para que en manos de nuestros compañeros pueda aquilatarse su valor.

El Dr. Monin aconseja «desde la aparición del estado nauseoso, adminis-«trar cada cuarto de hora, hasta sedación completa y simultáneamente, un grá-«nulo de *cocaina* y uno de *canabina*, para obrar á la vez sobre los centros en-«céfalo-medulares, y sobre las expansiones terminales de los nervios sensiti-«vos de la región del cardia, anestesiada é inhibida por estos admirables agen-«tes de la terapéutica moderna. Al terminar cada comida una copa de buen «champagne terciada con agua de Vichy-Célestins.»

Si al cabo de una semana los vómitos persisten, aun cuando sea con mucha menor frecuencia é intensidad, recomienda la antigua práctica de Cazeaux: un poco de extracto de belladona sobre el orificio uterino, con lo cual muchas veces cesan las contracciones diafragmáticas más intensas.

Si hay una indomable intolerancia gástrica, precedidos de un aseo intestinal, prescribe enemas nutrivos (un vaso de té de carne, 50 gramos de buen burdeos, 10 de peptona seca, una yema de huevo y 10 gotas de láudano). Peter recomienda una *mosca de Milán* epigástrica, y Pinard las inhalaciones de oxígeno.

En los casos graves Monin prescribe un gránulo de *brucina*, uno de *picrotoxina* y uno de *codeina* á la vez, antes de los alimentos y en los intervalos una cucharada grande de la poción siguiente: *Agua cloroformada*, 200 gramos; *Bromuro de estroncio*, 20 gramos; *Mentol* (disuelto en alcohol), 1 gramo, y jarabe de *Narceina*, 50 gramos.

Recomienda asimismo en determinados casos las corrientes continuas á lo largo del raquis, encomiadas por Apostoli, ó las pulverizaciones de éter sobre la columna vertebral y la región epigástrica y en los casos en que se comprueba una pérdida considerable de peso (500 á 600 gramos diarios) las inyecciones abundantes de suero artificial, y por último y en excepcionalísimas circunstancias, la intervención obstétrica.

Por la parte *mental* que tienen los vómitos gravídicos, estando la mujer embarazada en un estado de histerismo transitorio, debido á las perturbaciones pelvianas y modificaciones quimiotáxicas de la sangre, debe evitársele toda emoción viva, toda contrariedad y con distracciones, cambio de medio ambiente y sugestiones apropiadas, contribuir al éxito del tratamiento.

El Dr. Monin insiste sobre todo en la urgencia del *tratamiento precoz*: Sedlitz Ch. Chanteaud, leche con agua de cal, ningún alimento irritante y combatir la *hepatoxhemia* con enemas de cocimiento de boldo, 30 gramos para 1 litro con una cucharadita de salicilato ó benzoato de sosa y algunos gránulos compuestos antihepáticos (Podofilina, Cuassina y Arseniato de Estricnina) y los medios ya indicados. Como detalle útil señala el de tomar los alimentos acostadas las enfermas en la cama, condición sedante para casi todas las hiperhemias.

*
* *

Imparcialmente analizada la terapéutica que el Dr. Monin preconiza contra los vómitos gravídicos creemos que, como nosotros, nuestros lectores la

encontrarán correcta. Sin esa polifarmacia, absurda muchas veces, y que desde hace años venimos combatiendo, cúmplense con este tratamiento las indicaciones capitales con mesura y buen discernimiento.

El insistente consejo de *obrar desde el principio* es de valor indudable, pues todos los que hemos tenido que luchar con esos vómitos tenaces, rebeldes y desesperantes del embarazo, sabemos por experiencia que son tanto más difíciles de combatir, cuanto más tardíamente se interviene.

A las sanas recomendaciones del Dr. Monin, tenemos, sin embargo, que agregar una más, que acaso por inadvertencia no fué por él consignada.

El uso de la *hiosciamina*, ese alcaloíde que tan calurosamente hemos elogiado y que en breve plazo ocupará al lado de la estricnina, la codeína, la cocaína, etc., el lugar distinguido que le corresponde, presta un valioso concurso en el accidente morboso de que venimos ocupándonos.

La *hiosciamina* asociada á la *cocaina*, forman una dualidad que con frecuencia basta á dominar la situación y en los casos graves y más rebacios al tratamiento, el *cloral* á dosis altas ha podido, asimismo, lograrnos buenos éxitos.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXIV

QUIMICA Y FARMACIA

ALGUNOS APUNTES SOBRE QUINIMETRÍA.

[CONCLUYE.]

Lepage propuso un medio sencillo para conocer aproximadamente y en poco tiempo la riqueza de una quina. Consiste en macerar 1 onza de polvo con 10 cc. de ácido sulfúrico al 10 por 100; al cabo de algún tiempo se diluye con 70 cc. de agua destilada y se agita varias veces. Fíltrase y en seguida la solución es tratada por el *yoduro doble de cadmio* y *potasio* que produce abundante precipitado cuando la quina que se ensaya es de buena clase. Este método carece de exactitud, pues el agotamiento es imperfecto, pero como simple preliminar es útil.

Hecho este examen previo, ya se puede saber si conviene ó no dedicarse á la cuantificación de la quinina.

Muchos métodos han sido propuestos para éste objeto, pero muy pocos son aplicables á la práctica. Dilatados y complicados unos, delicados otros, necesitándose muchas veces aparatos especiales para llevarlos á ejecución, y la mayor parte exigiendo un tiempo del que generalmente no se dispone.

Entre todos llama la atención uno que fué ideado por Mr. Carles, que aunque descrito someramente en las obras, puede llevarse á cabo sin grandes dificultades y en un tiempo relativamente corto, siendo uno de los pocos que reunen estas dos ventajas: rapidez y precisión.

Es el siguiente:

Se toman 20 onzas de corteza, cuidando que esta porción constituya un ejemplar medio de la cantidad total de la quina. Se pulveriza procurando que el polvo no sea muy fino. Se incorpora éste en un mortero á una lechada de

cal preparada con 8 onzas de cal *recientemente* apagada y la cantidad de agua necesaria para dar á la mezcla una consistencia de pasta blanda. Se extiende esta pasta en una vasija de ancha superficie y se pone á secar al aire libre. Cuando se dispone de poco tiempo puede acelerarse la desecación, colocando la vasija en un B. M.

Cuando toda humedad aparente haya desaparecido, se vuelve á colocar la mezcla en un mortero para destruir los grumos y dar al conjunto una consistencia homogénea.

Esta operación constituye la primera reacción. El óxido de calcio en presencia del agua destruye la combinación natural de los ácidos orgánicos de la quina con los alcaloides poniendo á éstos en libertad. Hay que eliminarla de la mezcla empleando algún disolvente apropiado.

Para esto se coloca el polvo en un aparato de desalojamiento y se agota con cloroformo que disuelve los alcaloides. Para conocer el final de la operación bastará recibir unas gotas de cloroformo en una capsulita, evaporar, tratar con ácido sulfúrico diluído y aplicar la conocida reacción de Vogel. Cuando no aparezca coloración, el polvo estará bien agotado. Generalmente bastan 150 ó 160 gramos de vehículo para el completo agotamiento.

Recomiendan algunos que para extraer todo el cloroformo que impregna el polvo, se agregue una poca de agua á la mezcla. Este líquido impregnando el polvo, expulsa el resto de cloroformo.

Esta precaución carece de importancia desde el momento en que ya concluído el agotamiento, cuando las últimas gotas de vehículo evaporadas no dan reacción, no nos interesa recoger un cloroformo que no contiene ya alcaloides en solución.

El producto del agotamiento es una solución clorofórmica de los alcaloides, conteniendo también materias resinoides.

Se coloca ésta solución en una cápsula y se pone á evaporar en B. M. Si se deseare utilizar el cloroformo, puede destilarse el agotamiento en una retorta hasta consistencia siruposa, y después el residuo se evapora á sequedad en B. M.

El contenido de la cápsula es una mezcla de alcaloides y materias resinosas. Se agota este residuo por ácido sulfúrico al 10 por 100 varias veces, empleando en cada una la menor cantidad posible, de tal manera que todos los agotamientos reunidos no midan más que 10 á 12 cc.

Esta precaución es de suma importancia, porque teniendo que cristalizar el *alcaloide* en el seno de este líquido, si la solución no está suficientemente concentrada, puede sucedor que ó no cristalice la *quinina*, ó quede una gran parte en solución. Esto es por lo que respecta á el agua. Tocante al ácido, un exceso convierte la quinina en bisulfato que es más soluble y por lo mismo de difícil separación.

La solución ácida se hace pasar por un filtro húmedo para que pueda retener las materias resinosas. En seguida se lleva á la ebullición arreglando el fuego de tal modo, que la temperatura permanezca *constante*. Para conseguirlo algunos recomiendan el B. M.

Cuando la marcha de la ebullición se haya regularizado se vierte amoniaco sobre la solución. Cada gota que cae produce un precipitado lechoso que se disuelve con rapidez al principio de la operación. En la pequeña zona que abarca la gota hay exceso de álcali con relación al ácido. Parte del amoniaco se ocupa en saturar el ácido sulfúrico libre, la otra parte descom-

pone los sulfatos de los alcaloides para formar en ambos casos sulfato de amonio que queda disuelto, y los alcaloides se precipitan al estado amorfo, lo cual origina el aspecto lechoso que se observa en el líquido.

A medida que se agrega el amoníaco, se observa más dificultad en la redisolución del precipitado, y si se pusiera un exceso de álcali, llegaría á hacerse insoluble el grupo de los alcaloides que en este caso se encuentran en libertad.

Pero este extremo puede evitarse adicionando el álcali con mucha precaución, pudiendo al fin de la operación emplearlo diluído al 20 por 100.

El término de la operación se conoce con el papel tornasol. La solución debe quedar *ligeramente ácida*. Tenemos un líquido que contiene sulfato de amonio mezclado con los sulfatos de los alcaloides.

Mientras está caliente el líquido, no pierde su limpidez, pero ya frío se ven aparecer agujas finas, que no son otra cosa sino *sulfato de quinina* que es el cuerpo menos soluble de todos los que se encuentran en la solución. Este precipitado cristalino se deposita en el fondo del vaso formando una masa compacta.

El tiempo que media entre el momento del enfriamiento de la solución y la aparición de los cristales, puede servir desde luego para indicar si la quina que se ensaya es buena, pues en las condiciones ordinarias, mientras más concentrada está una solución más pronto cristaliza.

Una vez terminada la cristalización se recogen los cristales en un pequeño filtro Berzelius de peso conocido donde se lavan con *unas gotas* de agua para quitarle el sulfato de amonio y los demás cuerpos de que está impregnado. En seguida se seca y se pesa.

Es preferible convertirlo en sulfato anhidro, calentándolo á 100 grados en B. M., en este caso pierde el 12 por 100 de su peso, pero esta cifra se tiene en cuenta al hacer el cálculo. Como el sulfato de quinina contiene 75 por 100 de alcaloide si se desea saber la cantidad de quinina pura contenida en la corteza que se ensaya, bastará aplicar la siguiente proporción: 100 : 75 : : N : X.

Este método aplicado con escrupulosidad y sin perder los menores detalles, da magníficos resultados. Lo he empleado con éxito en varios casos por lo cual me permito recomendarlo.

México, Junio 19 de 1902.

PROF. ENRIQUE G. PUENTE.

SECCION XXVII.

REVISTA
DE LA
PRENSA MEDICA MEXICANA

REVISTA ESPECIAL OFTALMOLÓGICA.

(CONCLUYE).

Génesis del glaucoma.—La retención del humor acuoso no basta para determinar el glaucoma, ni explica la diminución de la cámara anterior, ni la escasa cantidad de ese mismo humor. En el glaucoma grandemente interviene el *edema del vítreo* y por lo mismo su aumento de volumen, edema que

depende no sólo de la impregnación de todos los tejidos por el líquido retenido durante los ataques, sino principalmente de la salida de albúmina á través de los vasos retinianos, que padecen de endarteritis, vasos que contribuyen poderosamente á nutrir al vítreo, según numerosos datos, que señala el autor, lo demuestran. Que el vítreo está alterado en el glaucoma lo demuestran algunos estudios anatomo-patológicos, que han descubierto un sistema de membranas vítreas en derredor del canal de Cloquet, separadas unas de otras por una masa homogénea que *resulta de la coagulación de un líquido albuminoso.* (Haensel). El edema del vítreo explica el empuje, hacia adelante, del iris y la consiguiente diminución de la cámara anterior.

El autor atribuye á las lesiones vasculares antes señaladas, arterio-esclerosis generalizada ó endarteritis localizada á los vasos del ojo, el principal papel en el glaucoma. La alteración de las paredes vasculares facilita la *dialbuminosis;* cuando la cantidad de albúmina llega á cierto grado, aunque las vías de filtración están aún intactas, llegan á ser insuficientes, la tensión intraocular comienza á elevarse y sube hasta igualar la tensión de la sangre en los vasos ciliares y la secreción del humor acuoso se detiene. Desde antes aparecen: el edema de la córnea, la ligera dilatación del iris, la dilatación de las venas de la retina, el pulso arterial, los obscurecimientos periódicos de la vista, los dolores peri-orbitarios, etc., fenómenos dependientes de la hipertonia. Estos ataques están en relación con emociones morales, insomnio, etc., y tienen su origen en una vaso-dilatación de causa nerviosa ó mecánica, que se produce en los vasos ciliares; desaparecen con la causa que los produjo, es decir, cuando disminuye ó desaparece la albúmina del humor acuoso y la excreción se restablece, hasta nuevo ataque, y así aumentando hasta alcanzar el límite de filtración se llega al ataque de glaucoma agudo: la cifra de albúmina se suspende al elevarse bruscamente la filtración; la tensión sube, las venas vorticosas, las retinianas, son comprimidas al salir y se produce intensa congestión de los tejidos del ojo, acompañada de diapedesis (Knies); la córnea se infiltra y enturbia; el iris se edematiza y pierde su dibujo; la úrea se infiltra y el *vítreo* se hincha, aumenta de volumen, empuja el diafragma irido-cristaliniano y propulsando así la raíz del iris contra la zona de filtración, agrega, á los ya existentes, un nuevo factor de retención. Este rechazamiento de la base del iris está bien demostrado, en los ataques de glaucoma agudo, por Elschning y por los experimentos de Priestley-Smith. Este ataque durará mientras duren los trastornos circulatorios y repitiéndose llegará á ser permanente, verificándose modificaciones que no retrogradarán ya: el vítreo queda aumentado, la raíz del iris aplicada sobre el retículo esclero-córneo hasta que se efectúe la soldadura de Knies, y una vez obstruída la principal vía de filtración, sólo quedan los vasos del iris para la absorción del humor acuoso, y aún éstos, por la compresión, se degenerarán también y deteniéndose la excreción se constituirá el glaucoma absoluto, todos los tejidos serán atacados de distrofia: atrofia y decoloración del iris, opacidad del vítreo y reblandecimiento, opacidad del cristalino y excavación del nervio óptico, precedida, casi siempre, de neuritis.—El glaucoma hemorrágico es el máximum del otro; las mismas alteraciones vasculares que provocan el glaucoma, cuando son muy graves, originan las hemorragias.

Este primer capítulo y el último (V) son los más importantes y serán ellos los que demos á conocer en más detalle. En los otros capítulos analiza la acción de la iridectomía, de otras operaciones y de los mióticos en el glaucoma

inflamatorio agudo, opinando que la iridectomía sólo será benéfica antes de la soldadura de Knies y que obra dejando abierta una parte de la zona de filtración y regularizando la circulación de los líquidos en el segmento anterior del ojo. Dice que la esclerotomía anterior nunca substituirá á la iridectomía y sólo hace el oficio de paracentesis y la posterior es de acción transitoria y encuentra indicación cuando sea muy pequeña la profundidad de la cámara anterior y en el glaucoma absoluto. De la operación de De Vincentiis ó debridación del ángulo iriano, escribe el autor que, á más de ser de difícil práctica, es de nulos resultados cuando se haya producido la soldadura de Knies.—Respecto de la eserina cree que su acción principal depende de su poder vasoconstrictor—demostrado por Grönholm—que hará más difícil la dialbuminosis y más fácil la filtración. Como la eserina obra la surrenalina.—La atropina dilatando los vasos y favoreciendo la dialbuminosis puede provocar los ataques de glaucoma en ojos predispuestos.—En otro capítulo estudia el glaucoma crónico simple que atribuye siempre á lesiones vasculares, pero en el cual todos los desórdenes se producirían lentamente y de allí el que no sea tan ruidoso como el agudo.—Pasaremos en silencio los capítulos en que trata del glaucoma secundario para llegar al último de *Glaucoma experimental.* Con objeto de comprobar experimentalmente los fenómenos de retención á que da nacimiento el aumento de la albúmina en el humor acuoso, llevó el autor á cabo una serie de experiencias en el Laboratorio de Fisiología del Instituto Médico Nacional en colaboración con el Dr. Daniel Vergara Lope. Se inyectaba en la cámara anterior de conejos, ya el vitreo (unas gotas) del mismo ojo, ya del ojo opuesto, ya albúmina de huevo, tomada directamente del huevo con una jeringa. El resumen de éstas es como sigue: la inyección de un líquido albuminoso en la cámara anterior ha dado nacimiento á dos clases de fenómenos: hipertonia manifiesta y fenómenos reaccionales. La hipertonia es imputable, según el autor, á la dificultad de excreción, puesto que aun en los casos en que la tensión fué mayor y los fenómenos de reacción más intensos, el ángulo de la cámara anterior estaba conservado y los espacios de Fontana y el canal de Schlem libres (según estudio histológico practicado por el Sr Dr. Manuel Toussaint, del Instituto Anatomo Patológico, de México). La diminución consecutiva de la cámara anterior demuestra, además, que no hubo hipersecreción del humor acuoso á que atribuir el aumento de tensión. Los fenómenos irritativos fueron seguramente debidos en parte al traumatismo; pero deben principalmente atribuirse á la acción de la substancia extraña obrando sobre los tejidos del ojo. En el animal en que se inyectó albúmina los fenómenos reaccionales fueron más intensos.—La vuelta de los ojos al estado normal indica que una vez eliminada la albúmina cesaba la causa de la hipertensión.

***

He aquí el breve resumen de un trabajo por mil títulos importante y que consta de 62 páginas: ¡ojalá que el éxito alcanzado por nuestro excelente amigo el Dr. Uribe Troncoso, sirva de estímulo á los individuos de la joven generación médica mexicana y les enseñe que el único derrotero para llegar á la buena ciencia es el alumbrado por *la observación y el Método Experimental!*

León, México, Mayo de 1902.

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ.

SECCION XXIX

VARIEDADES

EL AIRE LÍQUIDO.—MARAVILLOSOS EFECTOS DE UNA INVENCIÓN.

Estamos en los umbrales de un gran imperio. Si un segundo Daniel hubiera estado presente cuando Alejandro Volta mostró en el Instituto francés su famosa pila, y diciendo: señores, con este misterioso poder, de hoy en cien años podremos trasladarnos en tren y en barco con una pasmosa rapidez, y podremos comunicarnos fácilmente de uno á otro continente, se hubiera reído hasta no poder más.

¡Y sin embargo, así ha pasado!

Pocos años han transcurrido desde que se pudo por ciertos medios liquidar el aire que respiramos en cantidades suficientes para los usos prácticos de la vida, y ¿cuál ha sido el resultado?

El convencernos de que el aire líquido es:

1º Una energía tan grande como la electricidad ó el vapor, y susceptible de aplicarla á los mismos fines, como las otras dos fuerzas, y con más ventajas.

2º Un poder refrigerante superior á todos los que la ciencia conocía hasta el día.

3º El modo productor del calor más intenso, y de ser por lo tanto el combustible mas perfecto.

4º El más inofensivo en su estado libre, mientras bajo ciertas condiciones puede resultar el más poderoso explosivo, aunque sin peligro cuando se transporte de un sitio á otro, pudiéndose hacer á mano.

5º El mejor purificador de muchos productos químicos; y

6º Se ha probado que el aire líquido es muy importante en medicina, para evitar las enfermedades y aliviar los sufrimientos del paciente.

Efectivamente, en cualquiera de los ramos que hemos indicado, se abre un extenso campo al experimento y al descubrimiento. El primero y principal obstáculo se ha vencido, porque así como la primera onza de aire líquido que se obtuvo costó 25.000,000 de pesetas, ahora, en cambio, con una máquina de 500 caballos de fuerza, se ha conseguido fabricarlo en tal cantidad, que su precio actual no guarda relación alguna con el mencionado anteriormente.

Como energía se ha demostrado que un pie cúbico de aire líquido reune suficiente poder para levantar cerca de diez millones de libras á unos 30 centímetros del suelo.

Se utiliza ya en las máquinas, automóviles y muchos otros motores con benéficos resultados, no sólo por la energía que desarrolla, sino por la gran economía que resulta de su uso, especialmente cuando el aire líquido se ha usado primero como refrigerante. En cuanto á la refrigeración, con una temperatura de 312 grados bajo cero, se puede no sólo fabricar todo el hielo que se desee, sino que también refrigerar carnes y frutas para su conducción por mar y tierra, pudiéndose conservar dicho aire líquido encerrado en un receptáculo durante un período de catorce días, á cualquier grado que se quiera.

Como producto de calórico será bastante que digamos que se puede quemar una barra de acero colocándola en un surtidor de aire líquido sacado del resto que una máquina puede poseer, después de haberse usado dicho aire como refrigerante y disminuído y empleado en otros varios usos su energía.

En cuanto á sus cualidades como explosivo poderoso, hemos de advertir solamente que ya lo es, teniendo encerrada una presión de 11,700 libras por pulgada cuadrada, permaneciendo así en estado gaseoso á una temperatura ordinaria, y conserva un volumen constante, y si se combina con un hidrocarburo se puede obtener un explosivo superior á la nitroglicerina y otros empleados hoy en las minas y otras industrias.

Respecto á su aplicación como purificador de ciertos productos químicos, se ve que es para lo que más propiamente sirve, porque en todos los líquidos, los ingredientes que entran en su formación se pueden separar consiguiendo la eliminación de toda materia deletérea.

Las impurezas del éter, por ejemplo, producen gran número de muertes que ocurren durante ciertas operaciones quirúrgicas; en cambio, con el aire líquido se consigue eliminar aquellas peligrosas impurezas con facilidad.

En cirugía también el aire en tal estado se usa ya mucho como uno de los mejores anestésicos. Una congelación demasiado lenta destruye los tejidos, mientras que siendo aquélla rápida en sus efectos, los insensibiliza temporalmente, no sintiendo dolor alguno el paciente que sufre cualquiera operación, recobrando después el sentido sin funestas consecuencias.

Pero en la separación de las partes componentes del aire líquido, ó sean ochenta partes del nitrógeno y veinte de oxígeno, es donde estriba el mayor de los beneficios que puede producir cuando se utiliza en la terapéutica.

Ahora bien, algunos de los lectores tal vez dirán que tal maravillosa aplicación del aire, sólo beneficia á la ciencia en general, á la médica en particnlar y á la industria; pero también en los usos prácticos de la vida se puede emplear el aire líquido por medio de una máquina productora del antes mencionado líquido, y que se puede instalar en hoteles y casas particulares.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado de las enfermedades infecciosas por el Dr. G. H. Roger, Profesor de la Facultad de Medicina de París. Traducido al castellano por D. Federico Toledo y Cueva, Licenciado en Medicina y Cirugía, Madrid, y D. Salvador Velázquez de Castro, Catedrático auxiliar de la Facultad de Granada.

La aparición de este libro no puede ser más oportuna, y seguros estamos de que nuestros suscriptores nos agradecerán que les hagamos conocer una obra de tanta actualidad y de reconocido mérito.

El plan seguido por el autor es sencillísimo: después de un estudio de los agentes patógenos, de su distribución y de las condiciones en que pueden invadir el organismo, estudia el mecanismo de su acción y el de las reacciones contra su ataque. En la última parte de la obra plantea los problemas de la predisposición y de la inmunidad, *á la vez que expone detalladamente la terapéutica y la higiene de las diversas enfermedades infecciosas.*

Formará esta interesante obra *dos* elegantes tomos y aparece por *cuadernos* de *64* páginas al precio de

UNA PESETA CADA CUADERNO.

Se ha publicado el cuaderno 15.

Se suscribe en la Administración de la REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS, Preciados, 33, bajo. Madrid. En México en las principales librerías.

La Oficina de Farmacia, según Dorvault. Se ha publicado el Vigésimosegundo Suplemento á ésta, que bajo la dirección del ilustre farmacéutico y catedrático D. Joaquín Olmedilla y el eminente químico D. Filiberto Soria publica la casa editorial de los Sres. Bailly-Baillière é Hijos.

Por el creciente favor que los señores farmacéuticos vienen dispensando á esta publicación, y los grandes servicios que en el laboratorio presta, creemos inútil todo elogio, limitándonos á dar á conocer algunos de los principales estudios que merecen consignarse, pero que no significa en modo alguno, que sean los únicos dignos de fijar la atención del lector.

Hay, pues, entre los artículos de este volumen más de 200 fórmulas en el recetario, todas de gran utilidad; dos nuevos uréometros, que facilitan la valoración de la úrea en la orina, y algunas observaciones prácticas realizadas con motivo de la nueva edición de la Farmacopea francesa. Merece consignarse un procedimiento que se indica para determinar con facilidad las diferencias entre la sangre humana y la de los animales, valiéndose del agua oxigenada, con lo cual se resuelve un importante y trascendental problema químico y médico legal.

Algunas particularidades, de gran valor práctico en la preparación de los extractos fluidos, son igualmente de gran interés, así como las curiosas observaciones que se consignan acerca de la profilaxia del paludismo y su patogenia, que revelan la última palabra de la ciencia acerca del particular.

Son también muy curiosos los experimentos de Lebón respecto á la transformación de algunos cuerpos simples, los cuales se consignan ilustrados con las correspondientes figuras. Debe también llamar nuestra atención lo referente al alumbrado por medio de microbios ó fotobacterias, así como las observaciones acerca de la presión osmótica, que se expone en otro artículo de interesantes datos nuevos relativos al análisis de la orina. Tampoco debemos dejar de referir algunas nuevas consideraciones que da á conocer relativas al análisis de las aguas potables y mineromedicinales, entre ellas una modificación al procedimiento hidrotimétrico, que convendrá tener presente al emplear este ventajoso medio de investigación de la potabilidad del agua.

Mucho sería lo que tendríamos que escribir para dar cuenta exacta del libro, mas con las breves consideraciones expuestas creemos haber llamado la atención sobre su importancia, por lo que nos limitamos á recomendarla á nuestros lectores, por considerarla como factor indispensable para el mejor desarrollo de la profesión farmacéutica.

La obra se vende en todas las librerías y en la Casa editorial, plaza de Santa Ana, 10, Madrid. En México en las principales librerías.

"Proyecto de organización del movimiento científico universal."—Con este mismo título el Dr. Cavazzutti acaba de publicar en la ciudad de Buenos Aires, República Argentina, un folleto dedicado al gran ciudadano americano Andrew Carnegie, cuya liberalidad en favor de la instrucción pública es bien conocida de todo el mundo.

El proyecto del Dr. Cavazzutti tiene por objeto principal poner al alcance de todos los que se dedican á las ciencias. las publicaciones científicas, y facilitar á los investigadores los elementos de experimentación tan difíciles de ser obtenidos por cada hombre de ciencia.

Al lado de este fin, enteramente filantrópico, el proyecto abarca otros no menos meritorios, como son la organización de los congresos científicos, de modo de hacerlos realmente fructuosos, pues que, como dice acertadamente el autor: «Actualmente son reuniones más ó menos divertidas que después de muchas discusiones, algunas excursiones y unos cuantos banquetes, dejan, en general, el tiempo y las cosas como las encuentran.»

Consiste el plan—á grandes rasgos—en la fundación de institutos científicos que llevarán el nombre de EMPORIUM, en cada capital de Estado y en las ciudades principales del mundo civilizado. Cada Emporium se dividirá en tres secciones denominadas de *Bibliografía*, *Experimental* y *de los Congresos*, que tendrán á su cargo respectivamente el examen y extractación de las publicaciones científicas difundidas en todo el mundo por medio de canjes; la institución de experimentaciones en laboratorios donde se comprueben las teorías científicas y se perfeccionen los elementos de este poderosísimo recurso; y finalmente, la organización de los congresos nacionales é internacionales.—La protección al estudioso sin recursos, bien dotado para la exploración del ilimitado campo de la ciencia; el desprestigio del charlatanismo, de su dolosa y voraz explotación comercial, y otras miras dignas de la aprobación de la sensatez, entran como complemento del proyecto del Dr. Cavazzutti, cuya concepción admiramos y aplaudimos. Una idea de tal trascendencia no podrá realizarse sino con la colectividad de esfuerzos de hombres que, como Carnegie, saben sacrificar el producto de su trabajo en bien del mejoramiento material y moral de los hombres.

Sólo nos resta añadir que, si el proyecto es una utopía, deseamos se realicen en ella las palabras de que su autor hace mérito: *utopies d'hier, verités de demain.*

A. NAVA.

SUMARIO.

TOMO. V   MÉXICO, OCTUBRE 1° DE 1902   NÚM. 10.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Societé Obstetricale de France, París» y honorario de la «Societé de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

SECCION V.

APUNTES PARA EL ESTUDIO DEL VOMITO EN ORIZABA

El día 17 de Julio próximo pasado, fuí llamado á la casa núm. 42 de la Avenida José M. Morelos, de esta ciudad, y me encontré: Una enferma de 18 años de edad, bien constituída, soltera, natural del Cantón de Tehuacán (Puebla), y con residencia en ésta, *no interrumpida* desde 7 años ha, sin ningunos antecedentes patológicos apreciables. Fuí informado de que llevaba cuatro días de una fuerte fiebre é insomnio, con basca, dolor en el vientre, principalmente en el epigastrio, vómitos primero verdiosos y luego café obscuro, escasez de orina, delirio nocturno.

Examinada encontré, vientre doloroso, ningún zurrido ni timpanismo, no había petequias. El bazo, el hígado y el pulmón normales. Lengua seca con una costra blanca sucia discontinua. Encías fuliginosas, conjuntivas inyectadas é ictéricas. Estado general malo, depresión marcadísima, mala coordinación de las ideas, mirada extraviada. Averiguando no supe de otro enfermo parecido por el rumbo. Temp. 40°, Pulso 120. Instituí un tratamiento evacuante y fuertemente tónico, que la enferma en su delirante obstinación no quiso aceptar y murió [illegible]as 24 horas en el coma, y después de arrojar unas cuantas deyecciones café obscuro. Este caso dejó profundas dudas en mi espíritu imposibles de desvanecer por los poquísimos datos recogidos y la nula observación de la marcha de la enfermedad. Y cuando ya casi estaba desvanecido en mi memoria, habiendo entrado ya á ese panteón intelectual donde cada médico tiene enterrados algunos casos clínicos que por circunstancias especiales no le es dado, historiar, juzgar y resolver, fuí llamado por la misma familia el 19 del actual.

Esta vez el enfermo era un joven de 14 años de edad, hermano de la an-

terior, y llevaba un día de sentirse mal. Primero calofrío, dolores generales, cefalalgía y raquialgía poco pronunciadas, dolor epigástrico, náuseas, lengua seca saburral, hígado, pulmón, bazo é intestino normales. Prescribí

Cloruro de sodio.	1	gramos
Fosfato de sosa	45	»
Sulfato « «	50	»
Agua esterilizada	500	»

á dar poco más ó menos 100 gramos de esta mezcla cada 3 horas. Dieta hídrica esterilizada.

Sobrevino la diarrea primero fecal amarilla y fétida, después bajo la forma de melena, de 4 á 5 deposiciones al día. El segundo día hubo vómitos mucosos y biliosos y el 4° de un color café obscuro manchando las sábanas y fundas de almohada de un color sepia. Ni el dolor epigástrico ni las náuseas cesaban; cada día desde el 4o, era más pronunciada la ictería, así como las manchas blancas de las encías sobre una mucosa bien congestionada, y la lengua muy sucia y seca.

Depresión nerviosa, incoherencia de las ideas expresadas, subdelirio y delirio entrecortado por gritos meningíticos. La orina presentó siempre desde el 3o al 7° día, abundante proporción de albúmina y un anillo característico de tres zonas que después he visto bien descrito por Vidaillet. Hubo zurrido en la fosa iliaca derecha; todos los síntomas se agravaban por momentos hasta el 7o día que la temperatura descendía francamente según la curva que he aquí.

1er día.—Agosto	19.	40°3
2o » — »	20.	39°5 y 40°
3er » — »	21.	40° y 40°
4o » — »	22.	38°5 y 39°5
5o » — »	23.	38° y 38°8
6o » — »	24.	38°8 y 38°8
7o » — »	25.	38°8 y 37°2
8o » — »	26.	37°
9o » — »	27. . . . . ,	37°

El pulso de 120 que tuvo en el 1o día fué descendiendo hasta cerca de 80 con temperatura de 38o á 39o.

El día 22 ó sea el 4o día de enfermedad, fué visto este enfermo por los Sres. Dres. E. Arzamendi y N. Mendiola que deben recordar los caracteres de las deposiciones obscuras que la madre del enfermo les mostró en una bacinica de peltre blanco. Eran comisionados para rendir un informe á la autoridad local y haciendo hincapié en el zurrido iliaco y en ciertas petequias y la hipertrofia del bazo que encontraron, declararon este caso como «una fiebre intestinal de carácter tífico.»

Quise comprender que designaban así el *ilio-typhus* ó sea *tifo abdominal* ó sea *fiebre tifoidea*, enfermedad bien conocida en Orizaba con exacerbaciones estivales.

Convencido de que sólo la observación rigurosa nos podía dar más luces, pues entre otras autoridades en la materia sólo citaré á Strümpell, el cual dice hablando de la fiebre tifoidea: «On ne peut que par exception poser le diag-

nostic de typhus apèrs *un seul et unique examen*» [1] dispuesto á seguir observando no pasiva sino activamente, reservé mi diagnóstico, pues nada más agradable para mí y consolador hubiera sido el poder afirmar más tarde el hecho de fiebre tifoidea. Pero las observaciones que llevo asentadas y la curva térmica hicieron fallir mis esperanzas; y el enfermo se encuentra gozando desde el 8º día, de plena convalecencia, á pesar de cierto tinte ictérico que por encima de todo el cuadro clínico y de todos los síntomas peligrosos porque atravesó, parece flotar como un signo revelador.

No quiero citar casos que serían repetición de éste, pero la historia clínica presente, trazada á grandes rasgos, aunque carece de datos microscópicos, es en sus puntos culminantes interesante por mil títulos, y permite asentar de una manera evidente la presencia en Orizaba de «una enfermedad infecciosa de corta duración con predominancia de síntomas gastro-intestinales, hemorragia con icteria y albúmina en las orinas» Y considérese hasta qué punto cesa de vacilar el clínico, cuando lee, por ejemplo, lo escrito no por un fantaseador sino por un hábil observador que está en circunstancias de poder conocer á fondo todo lo relativo á este asunto, pues es director de un Instituto de Higiene Experimental en la América del Sur, Sanarelli, el cual dice: «La Fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa específica, caracterizada por un paroxismo febril, cuya duración habitual es de 2 á 7 días, por la presencia de albúmina en las orinas, por la coloración ictérica de los tegumentos, y por una tendencia marcada á las hemorragias pasivas de las mucosas, en particular de la del estómago (vómito negro).»

Pero conviene considerar paralelamente á este cuadro el de otras enfermedades tales como el tifo-malaria, tifo recurrente y aun la misma fiebre tifoidea. Intentémoslo. Limitándonos primero al caso concreto que citamos, diremos que la malaria para la intensidad de los síntomas generales, delirio, escasez de orina etc., debió presentar temperaturas más altas, ciertas sudaciones, con dolor é hipertrofia del bazo como estamos acostumbrados á ver, no en enfermos residentes en esta ciudad y en barrios densos, sino en sus alrededores y sobre todo, últimamente en los que proceden de las obras del F. C. Veracruz y Pacífico. Además, no habiendo tomado quinina ni otro sucedáneo (el *único* y *exclusivo* tratamiento fué la fórmula anterior no interrumpida y en los últimos días la cafeína y la estricnina) nos parece rara la curva térmica expuesta y la nula aparición de nuevos accesos que no he comprobado desde el día 26, pues es bien sabido la pertinacia del paludismo, no sólo en ausencia, sino aun con aplicación defectuosa ó corta de la medicación antiperiódica que aquí no se instituyó; y no se instituyó porque habiendo albúmina en la orina y designando ésta cierto grado de nefritis infecciosa, y expeliéndose la quinina por el riñón, habría agravado los síntomas urémicos como lo hace ella y sus derivados, analgesina, etc., en todos los casos de nefritis. Esto á mi modo de ver explicaría la funesta influencia de la quinina en el vómito, algunas veces ensayada y aun aquí mismo, durante cierta epidemia de casos semejantes al que hoy refiero en que se daba la quinina *larga manu* en inyecciones hipodérmicas, las estadísticas fueron desastrosas. [2] Respecto de la hipertrofia del bazo, diremos que los tres médicos que el 4º día exploramos al enfermo, no estuvimos de acuerdo, pues mientras el Sr. Arzamendi primero y el

1 Strümpell.—Pat. spéciale, pág. 8.
2 300 fracasos sobre cerca de 400 atacados.

Sr. Mendiola después, lo encontraron crecido; á mí no me pareció en lo absoluto. La discordancia no debe extrañar si se reflexiona en la dificultad de la percusión del bazo. Recordamos á este efecto lo que dice Fr. Villar en sus «Maladies de la Rate:»

«La percusión del bazo no es siempre cosa fácil y expone á muchos errores de interpretación, lo que se comprende fácilmente si se piensa en las relaciones del órgano con vísceras tales como el pulmón, el estómago, el intestino, que son movibles y sonoros y cuya sonoridad por lo menos para los dos últimos puede ser reemplazada por la matitez en casos de plenitud». [1] Ahora bien, á la palpación todos convenimos en que no era palpable y en sesiones ulteriores he comprobado el tamaño normal, valiéndome del fonendoscopio, método que á decir verdad me ha dejado complacido, pues he podido comparar algunos casos positivos y negativos.

La esplenomegalia bien comprobada, hubiera tenido ciertamente algún valor para el diagnóstico diferencial, pero más lo tiene su ausencia unida á los demás signos, pues en cualquiera de las tres posibles hipótesis y más en la de tifo recurrente, la esplenomegalia es su compañera inseparable, en tanto que en la Fiebre amarilla y no por simples exploraciones sobre el vivo sino por estadísticas de necropsias, se encuentra siempre *el bazo poco atacado, guardando su volumen normal y no estando hipertrofiado sino cuando la enfermedad ha durado más de ocho días.* [2]

La clasificación impalúdica de este caso está pues fuera de duda, como lo es también la de otros casos semejantes, en que diversos exámenes microscópicos de la sangre fueron negativos según corre escrito en monografías diversas. [3]

Respecto de la Fiebre Tifoidea, diremos desde luego que la forma más ligera, *typhus levissimus*, dura de ocho á catorce días. Las petequias eran muy poco perceptibles, sumamente poco perceptibles. . . digo con sinceridad que yo no las pude percibir; pero no son tampoco tan interesantes. El zurrido al que se daba antes tanto valor diagnóstico, desapareció al día siguiente.

¿Se cree sinceramente en una fiebre tifoidea con una constancia tan notable de vómitos? ¿Se cree que las enterorragias abran casi la marcha de la enfermedad? ¿Que las placas de Peyer degeneren desde luego? ¿Que la sangre suba desde el íleo hasta el estómago? ¿Se cree que á pesar del tratamiento evacuante, la sangre recorra en sentido opuesto el camino más largo?

Ciertamente el sero-diagnóstico, el examen microscópico de la sangre demostrando ó no la leucocitosis, los despojos globulares, la riqueza en urea, etc., y la microscopía de los excreta, hubieran podido evidenciar más este asunto, pero en espera de dichos datos por hoy sería una ligereza imperdonable asentar este caso como de fiebre tifoidea. Siempre era más prudente decir, *fiebre intestinal (¿de carácter tífico?)* El mismo *vómito* podría caber en esta designación, porque al fin y al cabo participan siempre algo los intestinos, aunque sea para hacer progresar las hemorragias que tienen lugar en su mucosa ó la del estómago á mayor título que en las demás mucosas.

Quedarán, pues, bien sentadas las observaciones clínicas anteriores á reserva de empresas de laboratorio más extensas, dispendiosas y detalladas, pero

1 Le Dentu et Delbet, tom VIII, pág. 80

2 Sanarelli. Le Fiévre Jaune, pág. 8.

3 Duplan. Inédito. Enero de 1900.—G. Mendizábal, Mayo de 1900 «La Epidemia de Orizaba», etc., etc.

necesarias para dar por esta vez el último matiz y afinamiento á la cuestión. [1]

Para excluir el tifo recurrente sería aún más servicial el microscopio demostrando ó no el *espirilo*, como en las formas graves que Griesinger, el primero, observó en Egipto, designándola con el nombre de *tifoidea* biliosa y cuya identidad con el tifo recurrente fué bien establecida por la presencia del espirilo en la sangre y la reproducción de un tifo recurrente vulgar por inoculación á otro hombre. (!) Por hoy no se inclina uno tanto á tal hipótesis, cuando se recuerda la permanencia normal del bazo, la ausencia en la comarca de la forma común de tifo recurrente y los exámenes microscópicos negativos practicados anteriormente en casos semejantes. Por otra parte, el *vómito* lo tenemos desde hace mucho á unos cuantos kilómetros, casi á las puertas de Orizaba.

Cuánto desearíamos, pues, que una conducta leal y franca inspirase primero la declaración de los hechos, los que una vez comprobados, harían todo argumento inadmisible.

Los Sres. Dres. E. Duplán y F. Hopper, cuya honorabilidad no hay derecho á poner en duda, pueden dar fe de cuanto llevo asentado. Pero como desgraciadamente tratándose de una epidemia naciente, es de cálculo comercial presentarla nula ó atenuada, cuando ésta hiere determinados intereses, causa extrañeza que se confundan estas dos cuestiones: la de conveniencia y la científica.

Y aquí viene otro punto muy importante. Es difícil admitir médicos honrados que se presten á complacencias diagnósticas indignas. ¡Oh! No. Algunos espíritus rigoristas y desconfiados manifiestan dudas acerca de la buena fe con que se procede á combatir la posibilidad del vómito en Orizaba, pero estos son temores infundados. No, de ningún modo hombres de larga carrera científica y que han sabido aquilatar su valor moral y el importante papel que desempeñan ante la sociedad en que viven, de ninguna manera, decimos, pueden olvidarse de sí mismos para jugar con este mismo grupo social engañándolo á sabiendas. Se ha dicho hasta la saciedad (y refutado también) que todos los argumentos en contra son peregrinos, risibles algunos, otros simplemente cándidos y que todos parecen extraídos del tiempo en que Grisolle era la última palabra en ciencia médica. Todo estará bien, pero desde el momento en que se duda de la lealtad y buena fe científica de algunos impugnadores, se está en el caso de que ellos tengan derecho también á dudar de la nuestra, y esto degeneraría á la postre en un juego ridículo de truhanes. Esto nunca y de ninguna manera. Hay que apartar la mirada de este sendero escabroso de tristes remembranzas, para dirigirla activamente, adunándose con quien tiene el poder é inspirándose en los recientes trabajos presentados al Congreso Médico de la Habana, para dirigir, digo, una mirada compasiva á los cuarteles pobres y sucios de la ciudad; no olvidando que así como el aseo es la primera virtud individual, cuyo olvido es demasiado caro, así también la indiferencia del aseo colectivo trae consigo los más tremendos y severos castigos que deseamos no se repitan.

A este deseo únicamente convergen estas desarregladas líneas.

Orizaba, Septiembre de 1902.

DR. M. P. COLMENARES.

1 Este matiz y afinamiento ha sido dado en la epidemia anterior con los trabajos necrópsicos de los Sres. Dres. Duplán y microscópicos de Hass, M. Hard y J. Mesa Gutiérrez, contestes en declarar el conjunto de lesiones característico del *vómito negro ó fiebre amarilla*.

SECCIÓN VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE JULIO DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodriguez Barragán.*

70.—María Valencia.

De 20 años. Casada. De México. Planchadora. Ingresó el 18 de Junio.

ANTECEDENTES.—Reglas escasas y dismenorréicas desde los 15 años. Aborto de 3 meses en Agosto de 1901.

DIAGNÓSTICO.—Metritis y anteversión. Ovaritis crónica esclerosa.

OPERACIÓN.—1º de Julio de 1902.—(A. Clor con 45 gramos.)—Duración: 50 minutos.—*Legrado.—Celiotomia suprapúbica* de 8 centímetros.—*Resección cuneiforme de los ovarios.*

RESULTADO.—Curación y alta el 27 de Julio.

71.—Luisa Alemán.

De 24 años. Casada. De México. Q. D. Ingresó el 30 de Junio de 1902.

ANTECEDENTES.—Viruela en la infancia. Intensa dismenorrea al inaugurarse la regla á los 15 años. Después siguen moderadas y escasas las reglas. Multípara, 2 partos normales y 4 abortos seguidos en los dos últimos años. Infección gonocóccica del marido.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis gonocóccica. Bartolinitis derecha* no supurada.

OPERACIÓN.—Julio 2.—(A. Clor con 25 gramos.)—Duración: 80 minutos.—*Legrado.—Extirpación* del quiste del *gran labio derecho*, con el termocauterio. —*Celiotomia suprapúbica* de 8 centímetros.—*Resección cuneiforme de los ovarios* inflamados.—*Cauterización* de la mucosa de la trompa derecha, con el estilete calentado al rojo, después de esprimir algunas gotas de pus gonorréico. *Salpingorrndesis derecha.*

Se estancó el derrame peritoneal que existía en cantidad moderada. Había igualmente natas velvéticas vasculares de peritonitis blenorrágica.

RESULTADO.—Marcha apirética y curación muy rápida, á pesar de la agudeza y naturaleza infecciosa de las lesiones. Alta por curación el 22 de Julio, veinte días después de practicada la operación.

72.—José Burguesa.

De 14 años. Soltero. De México. Albañil. Ingresó al Servicio de Cirugía menor de hombres, que dirige el Dr. Lucas Castro, el 16 de Julio.

ANTECEDENTES.—Sus padres no son alcohólicos.—Ninguno de sus ascendientes ha padecido epilepsia ni histeria. Nació á término. Ha sido sano en su primera infancia. En Septiembre de 1901 sufrió el primer ataque de mal comicial, precedido de angustia precordial y de *aura auditiva*. Desde entonces se repiten cada tercer día y en ocasiones sufre hasta tres en el día. Pulso, á 88. Respiración, 22.

DIAGNÓSTICO.—*Epilepsia esencial.*

OPERACIÓN.—18 de Julio.—(A. Clor. con 30 gramos.)—Duración: 2 horas.—*Extirpación bilateral de los dos ganglios superiores del simpático cervical, y de un fragmento del cordón nervioso hasta el ganglio medio.* Muy difícil del lado izquierdo, por estar crecidos los ganglios linfáticos, que se extirparon igualmente.

El pulso se detuvo y disminuyó la tensión, corrigiéndose este estado por inyección de suero de Trunececk, y de estricnina y esparteina. Se observó igualmente, al practicar la operación: congestión conjuntival y de las venas superficiales del cuello; estrechamiento pupilar.

En la tarde del día de la operación tuvo tres ataques ligeros. Temp. 36°3.

Julio 19.—Ligero ataque á las 6 a. m. Pulso á 130. Temp. 37°4. Pupilas menos contraídas y aun poco obedientes. Desapareció la inyección conjuntival. Inyección de 2 gramos de la solución de Trunececk.

Después ha tenido ligeros ataques y lleva nueve días de no sufrir ninguno, administrándole 4 gramos de bromuros alcalinos y benzoato de sosa, según el método clásico de Charcot y Gilles de la Tourette.

OBSERVACIÓN.—El enfermito no había sufrido ningún tratamiento farmacológico antes de operarlo, y nos decidimos á hacerlo por este mismo motivo y por correr un riesgo inminente si se atiende á su penoso oficio de peón de albañil, que lo obligaba á subir á los andamios de las casas en construcción en que trabajaba el padre del sujeto, que tiene el mismo oficio.

Está para salir del hospital, pues la cicatrización de las heridas está terminada, ofreciéndonos la familia llevarlo á la consulta para seguir el tratamiento bromurado y anotar la marcha subsiguiente de la curación.

73.—Manuela Padilla.

De 45 años. Casada. De Durango. Q. D. Ingresó el 8 de Julio.

ANTECEDENTES.—Viruela y diviesos en la infancia. 1ª regla á los 14 años, normal y con duración de 3 días, siguió hasta los 39 años, en que faltó. Multípara: dos partos de término normales, y el tercero, hace 20 años, con feto muerto. Acusa leucorrea icorosa desde Diciembre de 1901; síndrome uterino intenso y desnutrición progresiva.

DIAGNÓSTICO.—Epitelioma de la mucosa propagado al parénquima del cuerpo, que aun cuando no está muy crecido, se revela abollado al tacto bimanual y doloroso. Cuello ulcerado. Fornix vaginal intacto, así como el parametrio. Ligero enclavamiento por acortamiento de los ligamentos anchos y atrofia pre-

coz de los ovarios, comprobada al practicar la operación y sospechada en el examen clínico. Menopausia anticipada. Faltan las metrorragias concomitantes de la degeneración maligna, traduciéndose ésta por hipohemia moderada. La enferma ofrece el aspecto de las mujeres obesas. El caso es una indicación de la oportunidad de la intervención quirúrgica, y la forma anatómica se revela en los cortes microscópicos de porciones del neoplasma por los caracteres típicos del epitelioma lobulado en su forma pura y simple, sin participio de las glándulas, que se hallan intactas ó comprimidas concéntricamente por la hipergénesis celular del epitelioma.

Operación.—9 de Julio.—(A clor. con 60 gramos).—Duración: 90 minutos. —Legrado y cauterización de la úlcera cancerosa con el termocauterio; sutura de ambos labios del cuello uterino.—*Celiotomia suprapúbica* de 12 centímetros.—*Pan-histerectomia* por el procedimiento de los valvas de Faure, debido al enclavamiento por cortedad de los ligamentos, que no permitió extraer fuera el órgano dañado. Sutura del peritoneo pélvico. Inyección de 1,000 gramos de suero sódico. Taponamiento vaginal.

Resultado.—Está para salir, curada al presente por no encontrar ningún núcleo de reproducción. El estado general ha mejorado considerablemente.

74.—Juana Fuentes.

De 29 años. Casada. De México. Planchadora. Ingresó el 8 de Julio.

Antecedentes.—Reglas normales desde los 15 años. Multípara: 5 partos normales. Desde hace 3 años padece leucorrea y síntomas de descenso de la matriz, y amenorrea desde Abril hasta Junio del año actual, viniendo la regla en Julio intensamente menorrágica.

Diagnóstico.—Retroversión libre. Ligera metritis. Degeneración microquística de los ovarios descendidos al fondo de Douglas y dolorosos.

Operación.—Julio 15.—(A clor. con 30 gramos).—Duración: 30 minutos.—*Legrado.*—*Celiotomia suprapúbica* de 6 centímetros.—Cauterización punteada de los ovarios poliquísticos. Acortamiento de los ligamentos redondos, quedando la matriz en moderada anteversión.

Resultado.—Curación rápida. Alta el día 8 de Agosto.

75.—Dolores Celedón.

De 23 años. Casada. De Valle de Santiago. Q. D. Ingresó el 3 de Junio.

Antecedentes.—Sarampión en la infancia. Primera regla á los 13 años, normal, durándole 4 días. Poco tiempo después se hizo dismenorréica y menorrágica hasta su matrimonio á los 15 años. Multípara: 2 partos normales. —Hace 2 años su regla volvió á ser dismenorréica y menorrágica. Ultimamente las menorragias fueron profusas y continuadas hasta por 22 días.

Diagnóstico.—*Peri-metro-anexitis.*—Procidencia del ovario izquierdo al suelo pélvico.—Esclerosis del parénquima uterino y anteversión.

Operación.—7 de Julio.—(A clor. con 20 gramos).—Duración: 50 minutos.—*Legrado.*—*Celiotomia* media de 8 centímetros.—*Resección cuneiforme en el ovario derecho.*—*Cauterización* punteada en el izquierdo.—*Resección* del pabellón tubario izquierdo por intensa inflamación y adherencias con el peri-

toneo pelviano, de donde se desprendió con dificultad. *Se talló una cuña* en la pared anterior de la matriz, cauterizando la superficie con el termo y se afrontó por medio de sutura continua con catgut, con el fin de obrar sobre el proceso flegmásico.

RESULTADO.—Está para salir curada.

76.—Lázara Palomino.

De 34 años. Casada. De San Miguel de Allende. Sirviente. Ingresó el 23 de Mayo.

ANTECEDENTES.—Reglada normalmente desde los 14 años, sufre aborto de 3 meses en 1893, y amenorrea desde Abril del presente.—Leucorrea fétida.—Agotamiento.

DIAGNÓSTICO.—*Cáncer ulcerado del cuello uterino* con degeneración del fornix vaginal posterior.—*Toxemia.*

OPERACIÓN.—25 de Julio.—(A. clor. con 20 gramos).—Legrado amplio de la ulceración cancerosa y formación de escara seca con el termo. Taponamiento vaginal.

RESULTADO.—En curación. Si reincide ó da poco resultado lo hecho, se hará probablemente la histerectomía.

77.—Petra Juárez.

De 40 años. Casada. De Silao. Q. D. Ingresó el 20 de Julio.

ANTECEDENTES.—Dismenorréica antes del matrimonio.—Multípara: 7 partos normales y un aborto de 4 meses. Hace 8 meses padece leucorrea sanguinolenta é icorosa y astricción de vientre tenaz.

DIAGNÓSTICO.—*Cáncer del cuello*, propagado á la vagina y parametrio.

OPERACIÓN.—25 de Julio.—(A. clor. con 20 gramos).—Legrado y cauterización como á la anterior.—En curación.

78.—Canuta Hernández.

De 46 años. Casada. De Contreras (D. F.) Q. D. Ingresó el 28 de Junio.

ANTECEDENTES.—Dismenorréica y menorragias ligeras antes del matrimonio.—Multípara: 5 partos de término. Fuerte metrorragia hace 2 años por golpe sobre el sacro, y desde entonces aqueja dolor en los flancos. Amenorrea desde hace 2 meses.

DIAGNÓSTICO.—*Cáncer del cuello* con propagación al parametrio y fondo-vaginal posterior.

OPERACIÓN.—25 de Julio.—(A. clor. con 15 gramos).—Legrado de la ulceración cancerosa y cauterización con el termo. Taponamiento vaginal.—En curación.

ESTADÍSTICA CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 1902.

79.—Adelaida Soto Carrillo.

De 42 años. Casada. De San Juanico. (D. F.) Ingresó el 27 de Julio.

ANTECEDENTES.—Reglas normales desde los 15 años hasta su matrimonio en 1884. Un aborto de 4 meses al año de casada. Dos partos fisiológicos, siendo el último en 1900. Desde hace 6 años sus reglas son fuertemente menorrágicas y han faltado desde Enero del año actual. Acusa dolor en el vientre bajo, y principalmente al nivel del ovario derecho.

DIAGNÓSTICO.—*Gran fibromioma* multilobulado, de evolución pelvi-abdominal, que llega hacia arriba hasta la región apendicular, poco móvil por la formación de fuertes adherencias de contorno, que determinan el enclavamiento del tumor y síntomas de compresión pélvica, que obligan á la enferma á solicitar vivamente que se la opere. Se tocan dos núcleos en el suelo de la pelvis debajo de la mucosa del fornix lateral.

INDICACION.—Los síntomas compresivos y la hipohemia que el neoplasma determinó.

OPERACIÓN—Agosto 1o de 1902.—(A. clor. con 50 gramos.)—Duración: 2 horas.—*Celiotomia suprapúbica* de 12 centímetros.—*Pan-histerectomia* muy difícil por las múltiples adherencias de la cara posterior del tumor con el intestino y la pared pelviana. Los tirabuzones se desprendían por ser muy deleznable el tejido del mismo, que presentó reblandecimiento edematoso en algunos de sus lóbulos. Los anejos degenerados se extirparon, así como la parte alta de la vagina lo fué por la existencia de los nódulos inferiores.

El neoplasma pesó 800 gramos, y al corte vertical reveló reblandecimiento pronunciado de su masa.

RESULTADO.—Curación completa y rápida, sin complicación ninguna. Alta el 10 de Septiembre.

80.—Felipa Chavira.

De 33 años. Casada, De Tacuba. (D. F.) Ingresó el 5 de Agosto.

ANTECEDENTES.—Escarlatina y viruela en la infancia. Reglas escasas, de 2 días al principio (á los 15 años); fueron aumentando en cantidad, hasta hace 3 años, época en que sufrió un traumatismo, cayendo de un carro y tuvo amenorrea de 2 meses. Leucorrea blanca.

DIAGNÓSTICO.—*Endometritis intensa.—Retroversión móvil.—Doble anexitis.—Neurastenia.*

OPERACIÓN.—Agosto 8.—(A. clor. con 22 gramos).—Duración: 53 minutos.—*Legrado.—Celiotomia suprapúbica* de 6 centímetros.—*Resección* cuneiforme de los ovarios microquísticos.—Acortamiento de los ligamentos redondos.

RESULTADO.—Curación completa. Volvió la menstruación el día 28 de Agosto, sin dolor y duró 3 días. Alta el 8 de Septiembre.

81.—Francisca Calzada.

De 23 años. Viuda. De Tacuba. (D. F.) Ingresó el 8 de Agosto. Planchadora.

ANTECEDENTES.—Viruela en la infancia. Primera regla á los 14 años, abun-

dante, sin dolor, durando 8 días; las siguientes con los mismos caracteres, pero irregulares en su aparición. Unípara: parto fisiológico á los 18 años. Desde entonces le queda leucorrea post-menstrual.

DIAGNOSTICO.—*Peri-metro-anexitis* Cuello abultado.

OPERACIÓN.—Agosto 13.—(A. clor. con 55 gramos.) Duración: 80 minutos.—*Legrado.—Celiotomía suprapúbica* de 6 centímetros.—Liberación difícil de los anejos incluídos en los ligamentos anchos. Salpingitis purulenta derecha. *Histero-oforectomía.* Canalización por la vagina.

RESULTADO.—Inmejorable á pesar de la intensa peritonitis pelviana y de las fuertes adherencias de los órganos. Curación completa y alta el 10 de Septiembre.

82.—Luz Flores.

De 40 años. Casada. De San Luis Potosí. Ingresó el día 2 de Agosto.

ANTECEDENTES—Desde los 14 años menstruación escasa y dismenorréica por 10 años, haciéndose después menorrágica á consecuencia de un golpe que recibió en la región del sacro. Unípara: parto fisiológico hace 16 años. Desde el año de 1890 padece leucorrea y dolor, que se extiende del hipogastrio á los flancos.

DIAGNÓSTICO.—*Fibroma* de evolución pélvica.

OPERACION.—Agosto 6.—(A. clor. con 45 gramos.)—Duración: 90 minutos. —*Histerectomía subtotal abdominal*, difícil por enclavamiento del tumor que pesó 500 gramos

RESULTADO.—Marcha apirética. Alta por curación completa el 10 de Septiembre.

83.—Petra Ogarrio.

De 26 años. Viuda. Modista, De Oaxaca. Ingresó el 13 de Agosto.

ANTECEDENTES.—Sarampión, viruela y tos ferina en la infancia Primera regla á los 13 años. Casó á los 14 años. Multípara: tres partos normales. Un aborto de 3 meses hace 2 años, del cual quedó enferma, aquejando síndrome uterino, leucorrea y menstruación irregular por su fecha, y por ser precedida de dolor.

DIAGNÓSTICO. —*Peri-metro-anexitis*—Anteflexión con codo irreductible (flexión exagerada)—porción infravaginal del cuello, muy crecida y colocada muy atrás.—Anejo izquierdo incluído en el ligamento ancho. La enferma exige que no se sacrifiquen sur órganos genitales.

OPERACIÓN.—Agosto 15.—(A. clor. con 40 gramos.)—Duración: 90 minutos.—*Legrado.—Celiotomía suprapúbica*, de 6 centímetros.—Resección cuneiforme de los ovarios microquísticos.—Fuerte perianexitis, caracterizada por quistecitos serosos que se extirparon. Trompas inflamadas, pero permeables: la derecha, alargada y nudosa; la izquierda, con abultamiento del pabellón. Se cauterizaron las franjas con el termocauterio. El peritoneo uterino inflamado, con manchas lechosas. El cuerpo abultado y flojo el parénquima. Se talló una cuña amplia en la cara anterior y se fijó ésta al peritoneo parietal (*histeropexis*), después de haber suturado con catgut la referida pérdida de substancia, no dejando libre la matriz por temor de que siguiendo la peritonitis ya existente, ésta no quedara limitada á la pelvis; además, se hizo esta excep-

ción á nuestra práctica habitual (que no concede á la histeropexis sino indicaciones muy limitadas), por el marcado descenso que reveló la entraña por la exploración clínica, lo que hacía que guardase la llamada *posición inestable*. El objeto de la pérdida de substancia, fué influir sobre el crecimiento métrico de la matriz, y esto se logró, pues en la actualidad el diámetro transverso es menor y el órgano se encuentra fijado á la pared del vientre en posición de anteversión moderada.

Resultado.—Inmejorable, pues se consiguió llenar las indicaciones apuntadas y relativas á la flegmasia y posición defectuosa del útero, satisfaciendo á la justa indicación y pedimento terminante de la señora, de que se hiciese la conservación de sus órganos genitales. Alta el 12 de Septiembre, por curación completa.

84.—Jesús Ortiz.

De 56 años, Viuda. Comerciante. De Zumpango. Ingresó el 6 de Agosto.

Antecedentes.—Primera regla á los 14 años. Multípara: Primer parto á los 16, de término y difícil. El segundo, 2 años después, así como el tercero, fisiológicos. En seguida, dos abortos de 2 y de 3 meses. Cuarto parto, fisiológico. Tercer aborto de 4 meses, que necesitó intervención manual. Dos partos más, normales. Menopausia á los 45 años. Desde hace 5 meses padece flujo amarillo y fuerte síndrome uterino. Enflaquecimiento rápido.

Diagnóstico.—Se equivoca antes y durante la operación y sólo se hace con el análisis microscópico. Se diagnosticó cancer del cuerpo del útero, por ser éste doloroso, *enclavado hacia atrás* y mostrando abolladuras. El cuello en su porción subvaginal, estaba ligeramente abultado, la mucosa evertida no mostraba yemas neoplásicas. Se observó la existencia de una ulceración de dos centímetros por uno de forma irregular, oblonga, de bordes regulares no despegados, fondo rojo y limpio, la cual se encontraba situada al nivel de la reflexión de la mucosa vaginal sobre la cara anterior del cuello uterino. No se le dió importancia y se la creyó debida á la irritación que produjera el escurrimiento que constituía la secreción del endometrio, cuyos caracteres objetivos fueron examinados al ejecutar el raspado. Era este flujo amarillento, bien ligado, con grumos blanquecinos, sin olor notable y muy semejante al que es propio de la metritis de las viejas.

El estudio bacteriológico no se hace habitualmente, por falta de elementos, pero sólo él hubiera ministrado los elementos del diagnóstico de «*Tuberculosis genital primitiva*,» que es el verdadero en el caso actual.

Faltaban los antecedentes comunes que la infección tuberculosa produce en el organismo, tales, entre otras, la fiebre y la enteritis.

La enferma aquejaba tenesmo vesical y síntomas de inflamación pelviana que le imposibilitaban la libertad de moverse.

Indicaciones.—Mejorar el estado flegmásico y la desnutrición ocasionada por la lesión.

Por lo tanto, el programa se reducía á ejecutar el legrado y la celiotomía exploradora y nunca creímos llevar las cosas hasta donde nos condujo el desorden que demostraban los órganos genitales internos.

Operación.—Agosto 18.—(A. clor. con 60 gramos.)—Duración: 2 horas—*Legrado.—Pan-histerectomía abdominal.* Canalización de la pelvis con la gasa yodofórmica previamente hervida.

El útero presentó una coloración roja intensa; se encontró en latero-versión izquierda y fuertemente adherido con su anejo derecho al peritoneo posterior y al intestino. Su consistencia era sumamente delesnable y se desgarraba al tratar de tomarlo con las pinzas erinas; su superficie mostraba abolladuras múltiples y de varios tamaños no pasando del de una nuez aplastada. El aspecto del parénquima, apreciado en los puntos que se desgarraron era parecido al del cáncer, siendo blanquecina su coloración.

El anejo izquierdo, un poco menos adherido al suelo pélvico, ofrecía la trompa dilatada por exudación purulenta con el carácter de la salpingitis caseosa (aspecto de puré), habiéndose desgarrado durante las maniobras difíciles de la decorticación. Todavía en este momento no sospechamos la naturaleza tuberculosa de la lesión, explicándonos el aspecto de la secreción por creer que era el banal que caracteriza la salpingitis de las viejas, empero encontrando la vejiga engrosada y fuertemente adherida á la matriz, nos vino la idea de que se tratase de la tuberculosis genital y por ello sometimos á la análisis microscópica los fragmentos que teníamos después de extirpados los órganos. Se siguió el procedimiento de Faure en la imposibilidad de ejecutar el habitual de histerectomía.

Curso post-operatorio.—Complicado de ligera elevación térmica y de supuración de la herida del vientre, que se infectó por descuido de la enferma, cuya orina empapó el apósito. Después sobrevino enteritis tuberculosa muy probablemente y que ha resistido á la terapéutica empleada. Se le hicieron lavados vesicales é instilaciones con nitrato de plata. No aqueja síntomas de infección pulmonar é insiste en salir á curarse en su domicilio, á pesar de nuestro empeño en mantenerla bajo nuestra observación.

Alta voluntaria el 14 de Septiembre.

Análisis microscopico.—Se encuentran en el cutis del parénquima las lesiones propias de la tuberculosis genital: grandes células gigantes rodeadas de su coronita de células epitelioides. Aún no han podido estudiarse los cortes que se practicaran después en el ovario y en la trompa.

Reflexiones.—Es el primer hecho de tuberculosis primitiva de los genitales internos que cae bajo nuestra observación y sólo diremos por ahora, reservándonos ampliarlo más tarde, que prácticos tan distinguidos como el Sr. Dr. Eugenio Gutiérrez, Profesor de Ginecología de Madrid, afirman ser tan excepcional, que en un total de cinco mil enfermas tan sólo han encontrado dos ó tres veces el padecimiento durante la ejecución de las operaciones abdominales, si bien lo han sospechado en casos no operados que se examinaron en el Dispensario Ginecológico.

85.—Elena Juárez.

De 25 años. Casada. Lavandera. De Guanajuato. Ingresó el 7 de Agosto.

Antecedentes.—Viruela y tifo en la adolescencia. Primera regla á los 14 años, dismenorréica, menorrágica, con duración de 4 días. Con el matrimonio desapareció la dismenorrea. Casó á los 16 años y 1 año después tuvo su primer parto fisiológico y de término. Segundo parto fisiológico hace 2 años, quedando leucorréica, y con dolor hipogástrico. Hace 1 año sufrió severo ataque de peritonitis pélvica.

Diagnóstico.—*Peri-metro-anexitis.* Retroversión y anejos prolabados hacia el Douglas.

OPERACIÓN.—Agosto 22.—(A. clor. con 45 gramos.)—Duración: 60 minutos —*Legrado.—Celiotomía suprapúbica* de 60 centímetros.—Resección cuneiforme de los ovarios microquísticos. Debridación del pabellón tubario derecho impermeable. Avocamiento y sutura de las trompas á la superficie de los ovarios resecados. Cruzamiento y sutura de los ligamentos redondos sobre la cara anterior de la matriz (Procedimiento de Mauclair).

RESULTADO.—Completo desde el punto de vista estético y funcional. Alta el 15 de Septiembre.

86.—Rafaela Orquieta.

De 24 años. Viuda. Empuntadora de rebozos. De Puebla. Ingresó el 15 de Agosto.

ANTECEDENTES.—Sarampión y viruela en la infancia.—Reglas menorrágicas desde los 14 años. Después dismenorréicas. Casó el año 1895. Al año tuvo su primer parto de término y laborioso.—Dos años después el segundo y un año después el último, ambos fisiológicos. Fuerte metrorragia por haberse parado á los 4 días después de su último parto, quedándole síndrome uterino y leucorrea. Aqueja igualmente dolor premenstrual.

DIAGNÓSTICO.—*Peri-metro-anexitis.*

OPERACIÓN.—Agosto 24.—(A. clor. con 45 gramos.) Duración: 60 minutos. —*Legrado.—Celiotomía suprapúbica* de 6 centímetros. Resección cuneiforme en los ovarios. Cauterización puntuada del cuerpo uterino.

RESULTADO.—Muy mejorada. Sale de alta por curación el 17 de Septiembre.

México, Septiembre de 1902.

DR. F. HURTADO.

DR. I. PRIETO.

SECCIÓN VII.

LA REACCIÓN FEBRIL Y SU TRATAMIENTO.

CONTESTACIÓN AL DR. ROUX.

Desde que publiqué en la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA mi artículo titulado «La reacción febril,»[1] sabía ya que la idea que en él proclamo, de que "cuando en un proceso febril la calentura tiene la intensidad que es la habitual en dicho proceso, ella es benéfica para el organismo y debe en consecuencia ser respetada," sabía ya, repito, que esta idea tenía que encontrar grande oposición y que vencer profundas resistencias antes de ser aceptada, porque toda inovación, todo progreso, tropieza siempre con el grupo que pudiéramos llamar de «retardatarios,» opuestos siempre á todo lo que signifique cambio en las ideas adquiridas. Y esto era tanto más de temerse en el presente caso, cuanto que la idea proclamada venía á destruir algo que se tenía ya por una verdad incontrovertible, axiomática, y es que la calentura era el enemigo que había que combatir siempre. Así, pues, no me extrañó tener que contestar poco tiem-

1 «Crónica Médica Mexicana.» Tomo III. 1900, p. 209.

po después un estudio del Dr. Marty de Toulouse,[1] defensor de la antitermia, ni que refutar ahora otro del Dr. Roux en el que se trata de combatir mi tesis, aunque no tal vez con toda la imparcialidad que sería de desearse en una discusión de esta naturaleza, por lo que creo deber decir una vez por todas, que estoy, como lo he estado siempre, dispuesto á contestar las observaciones ú objeciones que acerca de este asunto se me dirijan; pero exigiré siempre de mis contrincantes la buena fe que debe presidir á toda discusión científica; que sólo se me refute aquello que yo haya dicho, y no aquello que mi contrario desearía hubiera yo dicho para facilitar su réplica. Si digo todo esto es porque, como se verá, la presente refutación se reduce á una serie de rectificaciones que se hubieran podido evitar con sólo que mi contrincante hubiera leído con más atención mis escritos.

Comienza el Dr. Roux diciendo que fundándome solamente en la opinión de X y Z he deducido la tesis que sostengo, lo que sería un malísimo método, pues aquellas opiniones podían ser falsas, en cuyo caso la deducción también lo sería, y que según él afirma es el caso en que yo me encuentro. Ahora bien, es falso que yo haya fundado mi tesis en las opiniones de X y Z, pues como puede verse en mi artículo citado, la he fundado en datos científicos generales y universalmente aceptados, que demuestran que la elevación térmica es nociva á los microbios patógenos, que excita la energía celular y la actividad de los fagocitos, y por último, aumenta el poder bactericida del suero; y como comprobación he citado diversas observaciones bacteriológicas, experiencias y observaciones clínicas; es decir, *hechos* y no simples opiniones, lo que desde luego se ve que es muy diferente, pues éstas, por muy respetables que sean, nunca tendrán la fuerza probatoria de los primeros. Pero cualesquiera que sean estas premisas, ¿en qué se funda el Dr. Roux para decir que son falsas? ¿Qué pruebas señala en apoyo de su dicho? Ninguna; solamente su opinión pura y simple, la que me supongo ni él mismo creerá sea bastante para destruir todos los datos señalados. Creo inútil insistir más sobre este punto, con tanta más razón cuanto que mi contrincante, como era de esperarse, tampoco insiste en él y dice lo abandona á sus sabios colegas, para él combatirme tan sólo con el *sentido común*. Tentado he estado á mi vez de abandonarlo en ese camino, pues creo que una tesis científica debe ser discutida por medio de la ciencia y no del sentido común.

Pero veamos lo que el sentido común dice al Dr. Roux acerca de si la reacción febril es ó no benéfica para el enfermo. Sin hacer caso de sus opiniones ó temores respecto á la clientela, es decir, sin fijarnos en si esta idea será ó no del agrado del vulgo, pues eso nada tiene que ver con la verdad ó falsedad de dicha idea, contestaré á su pregunta acerca de qué es lo que hago cuando tengo que tratar un enfermo con reacción febril, y si, como dice él, lo curo ó no le hago nada. La contestación es obvia: procuro curarlo combatiendo directamente, si esto es posible, la causa patógena, y si no lo es, colocando al enfermo en las mejores condiciones posibles y ayudando á la naturaleza para que salga vencedora en su lucha con el agente patógeno. En cuanto á la reacción febril, si ella tiene la intensidad que le es habitual en el proceso morboso que se trata, no la combato, porque sé que, mientras el agente patógeno no haya sido dominado, ella es útil al organismo enfermo; y cuando dicho agente haya sido vencido, es decir, cuando ya la hipertermia sería inútil, la reacción

1 «Crónica Médica Mexicana.» Tomo IV 1901, p. 271.

febril desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento alguno. Para mayor claridad me valdré del mismo ejemplo que el Dr. Roux me señala. Cuando trato un absceso no me entretengo en administrar antitérmicos, sino que lo abro ampliamente, desinfecto su cavidad, etc., etc., y cuando todo esto se ha hecho convenientemente, es decir, cuando la causa patógena ha sido eliminada y suprimida de una manera perfecta, la reacción febril cesa por sí sola, pues ya el organismo no tiene por qué ni para qué luchar. «¿Y su teoría entonces?» pregunta el Dr. Roux. Mucho me temo que mi contrincante no la haya comprendido bien, pues no parece sino que cree que al sostener yo que no se debe combatir directamente el síntoma hipertermia en las enfermedades sostengo que nada absolutamente se debe hacer para sanar al paciente, porque una vez sano ya no habrá calentura. Verdaderamente no me explico cómo pudo el Dr. Roux llegar á deducir semejante aberración. Si yo he proclamado la utilidad de la reacción febril en las enfermedades, nunca se me ha ocurrido decir que sea útil en los ya sanos, es decir, en aquellos en que la causa patógena ha sido vencida ya. Por lo demás, en ninguno de mis escritos se encuentra algo que indique siquiera que nada absolutamente se debe hacer al enfermo, sino que simplemente he sostenido que no se debe combatir directamente el síntoma hipertermia cuando tiene su intensidad habitual.

Continúa el Dr. Roux diciendo con aire doctoral que va á explicar para que yo lo sepa bien, cuál es el método que siguen los dosimetras al combatir la reacción febril, pues cree que no lo he comprendido bien. Debo desde luego advertirle que mis escritos no han tenido por objeto el combatir al método dosimétrico, sino simplemente el atacar la idea de que sea benéfico para el febricitante el combatirle el *síntoma hipertermia.* Y siguiendo la lectura de ese mismo párrafo, me convenzo cada vez más de que es el Dr. Roux quien no ha comprendido bien mis escritos, pues allí mismo confiesa que el uso de los antipiréticos no presenta utilidad, que lo que hay que atacar es la causa, es decir, la infección, etc., y precisamente en mi refutación al estudio del Doctor Marty, se encuentra el siguiente párrafo: «Como en el resto del artículo ya sólo se ocupa el Dr. Marty de discutir á qué antipiréticos se debe dar la preferencia, aquí terminaré; no sin hacer antes notar que no se debe confundir la acción bactericida de un medicamento con su acción antitérmica: así por ejemplo, la quinina en el paludismo destruye el agente patógeno, y naturalmente desaparece la calentura, pues ya el organismo no tiene por qué ni para qué reaccionar; pero adminístrese esa misma substancia en otra pirexia que no sea de origen palustre, y se verá que su acción antitérmica es insignificante, como lo afirma el mismo Dr. Marty en la página 108, donde dice: «la «quinina nunca ha dominado una fiebre continua ni típica.» Esta aclaración me ha parecido necesario hacerla para evitar confusiones, pues si el bactericida puede ser utilísimo al enfermo, el antitérmico está muy lejos de serlo.»[1] Como se ve, ataco el uso de los antitérmicos, no el de aquellas substancias que como los bactericidas atacan la causa, substancias á las que, entonces como ahora, declaro utilísimas. Pero tal vez recordando eso el Dr. Roux, comprendió que sin darse él bien cuenta, la fuerza de la verdad lo ha conducido á mi campo y procura salir del paso estableciendo una confusión lamentable entre la fiebre y la enfermedad, al afirmar que son una misma cosa y que con suprimir la una se suprime la otra. ¿Qué médico no ha visto fallecer enfermos de

1 «Crónica Médica Mexicana.»—Tomo IV—1901, p. 274.

neumonía, de tifus, etc., ya enteramente apiréticos, es decir, en los que la fiebre se había ya suprimido, y sin embargo, la enfermedad estaba tan lejos de haberlo sido que terminaba con la vida del paciente? ¿Quién no ha visto reumatismos y otras muchas enfermedades piréticas en sus primeros días y más tarde suprimida su pirexia, continuar la enfermedad por un tiempo tal vez indefinido? ¿No es bien sabido ya que las neumonías de vértice, principalmente en los ancianos, son muchas veces enteramente apiréticas y sin embargo gravísimas? La patología y la clínica nos presentan otros muchos casos que como esos, demuestran claramente que fiebre y enfermedad no son una misma cosa, y que con dominar una temperatura más ó menos alta no se ha curado la enfermedad.

Ya casi para terminar, dice el Dr. Roux que de aceptarse la idea de que la reacción febril es benéfica para el enfermo, se llegaría á la absurda conclusión de que «mientras más alta sea la hipertermia, mejor será para el enfermo.» Esta conclusión es en efecto absurda, y dudo mucho haya llegado á ella por medio del sentido común, según él dice. El sentido común le diría por el contrario, que toda exageración es mala, que no hay cosa buena que exagerada no llegue á hacerse nociva. Así, ¿qué mejor que tomar la cantidad de alimento necesaria para conservar la vida? pues que esto se exagere, que las cantidades que se ingieran sean excesivas, y entonces, lejos ya de ser benéfico, será nocivo. Esto mismo pasa con la hipertermia; benéfica cuando no pasa del grado que es habitual en la enfermedad, es decir, cuando el calórico aumenta sólo en la cantidad necesaria para combatir eficazmente al agente patógeno, puede dejar de serlo si se exagera y pasa de ese grado. Esto lo dije ya desde el primer estudio que publiqué sobre este asunto, pues como puede verse, en él se encuentra el siguiente párrafo: «Sin embargo, conviene hacer notar que esta manifestación de la *natura medicatrix*, sólo debe ser respetada cuando tiene la intensidad habitual en la enfermedad que se trate; pues cuando es exagerada creo que en muchos casos puede combatírsele. Así por ejemplo, una temperatura de 39° á 40° es habitual en la difteria, y sería, según vimos, nocivo el abatirla; pero si en un caso de difteria la temperatura es por ejemplo de 42°, podemos ciertamente combatirla, pues además de que la práctica diaria nos enseña no ser necesaria esta hipertermia excesiva para la curación de esta enfermedad, las investigaciones bacteriológicas nos han enseñado también que el bacilus de Löeffler muere á los 40°; así pues, todo lo que pase de este grado es cuando menos inútil para la curación del enfermo.»[1] Como se ve, bien claro digo allí que cuando una hipertermia es exagerada, puede ser combatida abatiéndola hasta el grado que la observación ha demostrado ser habitual para cada enfermedad. Sólo el deseo de encontrar algo que criticar pudo hacer afirmar al Dr. Roux que de mis ideas sobre la reacción febril se deduce forzosamente que la hipertermia mientras más exagerada sea, es mejor para el enfermo.

Por último, después de insistir el Dr. Roux sobre lo conveniente que es combatir la causa en las enfermedades, como por ejemplo, el dar quinina en las fiebres palustres, etc. (con lo que estoy enteramente de acuerdo), termina su estudio con el consabido panegírico á la «trinidad dosimétrica.»

Como se ve, ninguna razón, ninguna objeción justa contra la tesis que sostengo, se encuentra en la réplica del Dr. Roux. He tenido, pues; que limitar-

1 «Crónica Médica Mexicana,» 1901, p. 215.

me, como lo decía al comenzar este trabajo, á hacer una serie de rectificaciones, y terminaré haciendo notar solamente que cuando se recurre á esa clase de armas para combatir una idea, es que probablemente no se pudo disponer de otras mejores, pues es natural suponer que el contrario haya objetado las razones que juzgó de más peso, y creo, en consecuencia, que ataques como el del Dr. Roux, lejos de debilitar mi tesis, la fortalecen grandemente.

México, Septiembre de 1902.

DR. E. P. LAMICQ.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

FIEBRES PALUSTRES.—TRATAMIENTO DOSIMÉTRICO Y PAMBOTANO.

Algún tiempo hacía, ingenuamente lo confesamos, que el medicamento febrífugo elogiado por el erudito terapeuta Dr. Alberto Salivás, no había ocupado nuestra atención.

Durante algún tiempo, hace varios años se anunció en esta capital el nuevo medicamento y aun recordamos haber leído en aquel entonces algún trabajo sobre el Pambotano, pero sea que los resultados obtenidos no fueron tan brillantes como se suponían, sea que los anuncios se suspendieron y se redujo por ende su uso en las fiebres palustres, lo cierto del caso es que en la actualidad creemos bastante restringidas las aplicaciones terapéuticas de las preparaciones hechas con esa leguminosa.

A propósito de un enfermo que el Dr. Salivás observó y atendió últimamente, un colono que padecía accesos tan intensos de fiebre palustre que temía llegasen á ser netamente perniciosos caso en el que la Quinina y el Arsénico habían fracasado y en el cual el Pambotano dominó los accidentes (Elíxir 150 á 200 gramos en las 24 horas), inserta el Autor un pequeño artículo en el número de Agosto de «La Dosimétrie,» entrando en los siguientes breves considerandos.

«Las fiebres palustres son calenturas que presentan paroxismos seguidos de remisiones por lo general completas, y se reproducen á intervalos variables en duración pero periódicos. Parecen reconocer por causa la introducción en el organismo del *hematozoario de Laveran* que la humedad y el calor hacen surgir de la descomposición de partículas vegetales en el suelo.

«El tratamiento de las fiebres palustres varía según es *intermitente, continua, larvada* ó ha llegado ya la *caquexia palustre*. En la intermitente los accesos están separados por un período de apirexia completa y constan de tres fases: frío, calor y sudor. Para combatir esta forma *intermitente*, se administra generalmente la quinina durante la apirexia cerca del acceso que termina, ó sea lo más lejos posible del siguiente.

«En Dosimetría se hace lo mismo pero ajustándose á la regla de dosis refractas y *reforzando la acción de la quinina por la del sulfato de estricnina*, lo cual permite usar dosis menores de la primera.

«En los casos de fiebre palustre *continua*, cuando no existen periodos de apirexia completa y sólo hay *remitencia*, se agrega á los sulfatos de Quinina y Estricnina prescritos durante esta última, el arseniato de sosa ó ácido arsenioso.

«En las fiebres palustres *larvadas*, neuralgias intermitentes no febriles por ejemplo: se recurre, según los casos, al bromhidrato, valerianato ó salicilato de quinina, cuya eficacia se acrecienta con el sulfato de quinina.

«En cuanto á la *caquexia palustre* su medicación racional exige, además, del hidroferrocianato de quinina, el fosfato de fierro y el arseniato de sosa ó el ácido arsenioso.»

En el caso referido por el Dr. Salivás *in extenso* el paciente, oficial de la guardia indígena en la Indo-China, fué acometido en París en Mayo de 1901 de una fiebre remitente tenaz y con accesos de hipertermia muy alta hasta los últimos días de Junio. La quinina fué impotente para dominarlos y un solo frasco del Elixir del Pambotano los hizo desaparecer desde el primer día completa y radicalmente. El Dr. Salivás cree, sin embargo, que es una condición del éxito, ó á lo menos que éste se obtiene más rápido y definitivo, si el organismo se encuentra bien preparado y con su fisiológica tonicidad, por los agentes dosimétricos. Este pensamiento es perfectamente aceptable porque es evidente que mejorando las condiciones de resistencia y los elementos de lucha en nuestro organismo, las probabilidades de triunfo aumentan. Pero volvamos al Pambotano.

En la última edición de nuestra «Farmacopea Mexicana» encontramos, con el laconismo característico de esa obra, los siguientes datos principales.

PAMBOTANO.— *Calliandra grandiflora*, Benth. — Leguminosas.— Cabellos de Angel, Yerba del Angel, Xiloxochitl, etc.—Vg. Valle de México, Orizaba, Córdoba, Estados de Veracruz y Morelos, etc.—G. u. Rizomas y raíces.—Comp. Quím.—Materias grasas.—Cera.—Esencia.—Resina.—Tanino y una materia indeterminada.—No tiene alcaloide (Dr. Villepase).—Contiene un glucósido, una esencia, dos resinas y dos clases de tanino (Hesles).— Uso terapéutico: antiperiódica, astringente y antiséptica (?).—*Nota.*—Según el Dr. Altamirano se ha demostrado que *experimentalmente* no obra sobre los corpúsculos de Laveran.—*Farmacopea Mexicana.* 1896.

En la tesis del Sr. J. Hesles (1891), que el Sr. Profesor D. J. M. Lasso de la Vega se ha servido proporcionarnos, sobre el Pambotano que existe en varios Estados de nuestra República, y fué descrita por el insigne Barón de Humboldt, y de la cual se han ocupado los Dres. Villejean, Valude y Dujardin-Beaumetz, se encuentra su descripción, clasificación, análisis química y análisis orgánica, de un modo que nada dejan que desear. Este trabajo debe ser consultado por todos aquellos á quienes interese el estudio de esta planta.

En el «Bull. de l'Académie de Médecine,» el Dr. Dujardin-Beaumetz asentó que: «en las fiebres intermitentes y manifestaciones inveteradas del paludismo, el Pambotano obra con seguridad, con rapidez y con éxito constante, siendo éste muy prolongado cuando no es definitivo en los casos inveterados.»

Ciertamente, no conocemos observaciones clínicas que ratifiquen estas apreciaciones; pero la opinión de un clínico tan competente como el Dr. Salivás, nos hace recomendar su aplicación á los compañeros que ejercen en lugares en que es endémica la malaria y en los casos en que han fracasado las sales de quinina, permitiéndonos únicamente recordar que, como acertadamente opina el Dr. Salivás, la asociación de la estricnina, como está bien demostrado ya, acentúa y reforza la acción de los febrífugos, sin duda alguna por la actividad de las funciones orgánicas que aumenta y sostiene este precioso agente de la terapéutica moderna.

DR. E. L. ABOGADO.

PRODUCTOS NUEVOS RECOMENDABLES.

En esta época en que la multitud de nuevos medicamentos hace imposible no solamente comprobar la eficacia y acción de cada uno de ellos, sino aun retener sus nombres y clasificación en la memoria, surgen afortunadamente algunos que merecen nuestra atención, porque son preparados correctamente y cumplen indicaciones bien definidas.

Entre las muestras que últimamente hemos recibido, merecen citarse y ensayarse las siguientes, todas de casas bien acreditadas.

De la casa Parke Davis, de New York y Detroit, Mich., el *Licor de Taka-Diastasa*, del cual 4 cent. cúb. bastan para convertir en 10 minutos de 12 á 14 gramos de almidón en azúcar; aplicable por consiguiente en la Dispepsia amilácea.

«El *Ergotum Asepticum*,» solución en ampollas ó bulbos de vidrio, esterilizada, no alcohólica y preparada bajo la inspección del «Departamento biológico» del Establecimiento, representando cada cent. cúb. 2 gramos de Cornezuelo de Centeno y exento de ácido ergotínico. Por sus cualidades enunciadas, es producto que sin duda alguna obtendrá la preferencia sobre la solución de Ivon usual.

La «*Cloretona*,» hipnótica, analgésica, sedante y anodina al interior y anestésico local como la cocaina para cirugía menor, que ya comienza á ser empleada; sus «Tabletas Peptonizantes,» con Pancreatina y bi-carb. de sosa; sus «Tabletas antisépticas,» para soluciones, de 0.50 centig. y de 1 gramo, bastante solubles y bien dosificadas y algunas otras preparaciones, como sus Glóbulos con «Salicilato de metilo y Colchicina,» merecen asimismo ser conocidas y aplicadas con la confianza que inspira el nombre de una firma ya conocida entre nosotros por la buena elaboración de sus productos y la pureza de las substancias empleadas.

*
* *

De la «Palisade Manufacturing Co-Yonkers, N. Y.» el «Hemaboloide» líquido, con nucleo-albúmina, Hierro y Fósforo, buen reconstituyente; el «Hemaboloide Arseniado,» que por el Arsénico y la Estricnina que encierra aumenta su acción benéfica y la «Kola Cardinette» que por su composición indicada debidamente, es asimismo un buen estimulante de la nutrición, pues contiene en cada onza: 1.50 grms. de Kola; 0.40 centig. de Coca; 0.05 centig. de Quina; 0.02 centig. de nuez vómica, y 0.05 centig. de Fosfatos. El «Licor Peptonoide Creosotado» debe producir excelente resultado en la Tuberculosis y Dispepsias gastro-intestinales del mismo origen, ó que sobrevienen en el curso ó convalecencia de enfermedades y fiebres infecciosas. El «Yodo-Peptonoide,» feliz combinación del yodo y la peptona en forma de peptonato, creemos que será aplicable y bien tolerado en los casos que reclamen el uso de los yódicos y el de las peptonas por el estado de las vías digestivas.—El *Borolyptol* es un antiséptico interno y externo, cuyo valor nos revelarán la clínica y los estudios bacteriológicos.

De la Casa de «Sharp and Dohme, Mfg. Chemist-Baltimore, Md.» recibimos también varias muestras de sus productos, de una manufactura irreprochable, siendo casi su especialidad las «Tabletas por trituración,» encontrándose en ellas fórmulas variadísimas y asociaciones numerosas ideadas para combatir diversas enfermedades.

Muchas de esas combinaciones justificadas, científicas y sencillas obtienen desde luego nuestro aplauso y algunas de ellas citamos en seguida, pues merecen recomendarse, con la certeza de que la clínica comprobará su valor.

Tales son las Tabletas de «Pepsina y Carbón,» las de «Fierro, Acido Arsenioso y Estricnina,» las de «Aloina, Estricnina y Belladona,» las de «Calomel, Aloina y Podofilina,» las antineurálgicas de «Acetanilida, Alcanfor y Citrato de Cafeina,» las de «Sulfato de Esparteina,» etc.

Algunas asociaciones, sin embargo, no nos halagan ni seducen, pues conocidas ya nuestras ideas sobre la simplicidad que debe caracterizar una buena medicación, y el tino, la sobriedad y la prudencia que deben presidir siempre á la asociación de varios medicamentos, no se extrañará que no puedan conquistarnos fórmulas como la llamada «*Mixtura de Brown comp.*,» que encierra todo lo siguiente: «Extr. Liquorice—Polvo de opio—Acido benzoico—Alcanfor—Tàrtaro emético—Aceite de anís y Cloruro de Amonio.» La polifarmacia galénica, como hemos dicho muchas veces, va perdiéndose en las sombras del pasado y la Terapéutica del presente, hermoso preludio de la del porvenir, dista mucho ya de la de nuestros antecesores que usaron á granel fórmulas abigarradas.

Las pastillas hipodérmicas de esta misma Casa de Sharp y Dohme, son solubles y notablemente bien elaboradas siendo su surtido bastante á llenar las exigencias de la práctica moderna.

***

Próximamente nos ocuparemos de varios productos que para ser ensayados se nos han remitido, tanto de casas americanas como de casas europeas, manifestando los resultados que hayamos obtenido con aquellos cuyo estudio clínico emprendamos, por satisfacernos teóricamente su composición. Como hemos dicho ya, es preciso, en esta época en que el mercantilismo se ha apoderado tan enérgicamente de los productos medicinales y hay una verdadera avalancha de especialidades, dar poco á poco á cada cual el lugar que le corresponde por su mérito, y eliminar aquellos que no merecen la aprobación y el apoyo que solicitan del Cuerpo Médico.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XX

IRRESPONSABILIDAD POR EPILEPSÍA.

El juzgado 3º del ramo penal de esta capital (Mérida-Yucatán) siguió causa á Juan Muñoz, por el delito de lesiones y resistencia á los agentes de policía del suburbio de Santiago, á uno de los cuales le quitó un trozo de la nariz.

El 17 de Enero último el defensor del reo D. Pedro Carrillo Monsreal, promovió pruebas tendentes á demostrar que su defenso cometió el delito en un acceso epiléptico y por ende exento de responsabilidad.

El 28 del mismo, se celebró en la Penitenciaría la vista pública en la que el Agente del Ministerio Público Lic. Tamelio Río pidió en su alegato que fuese condenado el reo por los delitos apuntados.

El defensor Carrillo, con acopio de razones y fundándose en las pruebas promovidas y demás constancias de autos, pidió la absolución del reo.

El 10 de Marzo último el Sr. Lic. Pedro Rubio Mendoza, pronunció el fa-

llo que consta de 22 Resultandos y 10 Considerandos y declaró que Muñoz no es responsable de los delitos imputados y que se absolvía del cargo formulado por el acusador público.

Pasada á Revisión de la Sentencia del inferior en 3 de Abril, el Sr. Ministro Fiscal, Lic. Gabriel Aznar y Pérez pidió que los médico-legistas estudiaran el proceso y dictaminaran si en su concepto el procesado Juan Muñoz, se hallaba en algunos de los casos previstos en las fracciones I y II del artículo 34 del Código Penal. (I).

La H. Sala de Revisión proveyó en 5 de dicho mes en el sentido pedido por el Sr. Fiscal y en 18 del mismo presentaron su dictamen los señores médico-legistas demostrando que el reo obró en un acceso epiléptico.

El 9 de los corrientes se celebró la vista pública en 2ª instancia y en la que el C. Ministro Fiscal pidió se confirmase el fallo del inferior en su parte resolutiva.

Por último, la H. Sala de Revisión dictó su fallo el 11 del mismo confirmando el del inferior, habiendo formado la Sala los Lics. D. Agustín Monsreal Gómez, D. Francisco Peniche López y D. Emilio García Fajardo.

Como el informe médico-legal á que hemos hecho referencia abunda en doctrina jurídica sobre irresponsabilidad, creemos que nuestros lectores lo leerán con gusto sobre todo, los abogados criminalistas y los médicos.

No es la primera vez que los señores médico-legistas han emitido notables dictámenes que revelan asiduidad y estudio concienzudo y especial dedicación á la solución de los difíciles problemas médico-periciales. (II)

He aquí el dictamen:

República Méxicana.—Médico-legistas de los Tribunales del Estado de Yucatán.—H. Sala de Revisión.—De conformidad con lo prevenido en el auto de 5 del actual, el cual nos fué notificado el 15 del mismo, proveído por esa H. Sala á pedimento del señor Ministro Fiscal en el toca á la causa instruída contra Juan Muñoz por el delito de lesiones, hemos estudiado las constancias procesales y hemos comprobado lo siguiente:

1º El lunes 30 de Septiembre último los policías auxiliares del suburbio de Santiago de esta capital, Vicente Mex y Justo Pastor Mex, acudieron á las siete de la noche á solicitud de Lorenzo Celis á aprehender á Juan Muñoz, su vecino, por un escándalo que había armado (fojas 5 vuelta.)

2º Vicente Mex pretendió sujetar á Muñoz para conducirlo preso y éste se abrazó de aquel cayendo ambos al suelo, en cuyos momentos Muñoz dió un mordizco á Mex en la nariz quitándole la extremidad de ella (fojas 2 vuelta y 3 frente.)

3º Justo Pastor Mex, viendo el trance apurado en que se encontraba su colega, pretendió desasir á éste de Muñoz, y éste le dió un mordisco en la barba fojas 3, frente, y 3, vuelta).

4º No habiendo podido los guardianes citados conducir á Muñoz, acudieron OCHO MÁS, y tampoco lo consiguieron por la tenaz résistencia que oponía (fojas 15, frente).

5º La resistencia que oponía Muñoz consistía en «contorsiones presas de desesperación» (fojas 27, vuelta, 28, vuelta, y 29, frente).

6º Poco después el Jefe de la Sucursal de Policía de Santiago, Tertuliano Perera, acudió en persona á someter á Muñoz, á quien «encontró en su hamaca como dormido, y sin resistencia acompañó á Perera á la Sucursal» (fojas 15, frente).

...e de ataques de epilepsía, según la deposición facul-
... Torre (fojas 15, vuelta), y según la declaración
...nte), quien presenció los hechos que moti-
...o, y dice «que Muñoz se resistía, y acon-
...a, el citado Muñoz cayó al suelo ATA-
...O PADECIENDO DESDE HACE MUCHO

...ón, como sostienen al-
...ues de convulsiones, pri-
...n estado apoplectiforme que
...s.
...privado de la conciencia y de su li-
...z de poder apreciar la ilicitud de cual-
...do cometa.
...s inmediatamente ANTES ó DESPUÉS del ataque,
...S É IRRESISTIBLES (Vibert—médico-legista de los
...nto del Sena, París)—y por lo tanto la conciencia y
...ierden ANTES que estalle el acceso ó gran ataque, cuan-
...piléptico se ha iniciado, en cuyos instantes aunque el indi-
...sa todavía del ataque convulsivo, ya desde entonces la con-
...reside á la ejecución de sus actos.
...á bien comprobado que Muñoz hubiese delinquido—á nuestro jui-
...urante el AURA ó durante el acceso, aunque nos inclinamos á creer lo
...ndo, pues ya rodaba por el suelo abrazado á Vicente Mex, cuando lo da-
...o; pero refiriéndonos á lo expuesto en el párrafo anterior, ya sea que hubiese cometido la infracción penal en una ú otra circunstancia, es inconcuso que no es responsable de la infracción.

Réstanos analizar si el acceso que padeció Muñoz fué real y positivo, ó si se trata de un ataque simulado para eludir la pena merecida por haber infringido la ley.

Nos persuadimos de que el ataque fué real y positivo y no simulado:

1º Por el precedente importante de que es epiléptico el inculpado, comprobado no sólo por la prueba testimonial, sino por el atestado de un facultativo.

2º Por la descripción que hacen de él las personas que presenciaron el suceso, que aunque imperitas, pueden inferirse de ella los síntomas del gran ataque epiléptico.

3º Por su inicio, que fué provocado por la impresión moral de pretender conducir á Muñoz preso, pues es bien sabido que las impresiones morales determinan el gran ataque.

4º Por su terminación, puesto que cuando acudió Tertuliano Perera encontró á Muñoz como dormido, cuyo estado no era más que la terminación del período apoplectiforme de que hemos hablado poco antes, seguido de la adinamia que en tales circunstancias se presenta, y por lo que no opuso resistencia alguna y acompañó pacientemente á Perera.

De todo lo expuesto deducimos que el presente caso está incurso en el inciso I del art. 44 del Código Penal.

Mérida, 18 de Abril de 1902.—*José J. Castro López.*—*Andrés Saenz de San-*

***

Art. 34. Las circunstancias que excluyen la responsabilidad criminal por la infracción de leyes penales, son:

I. Violar una ley penal, hallándose el acusado en estado de enajenación mental que le quite la libertad ó le impida enteramente conocer la ilicitud del hecho ú omisión de que se le acusa.

II. Haber duda fundada á juicio de facultativos, de si tiene expeditas sus facultades mentales el acusado que, padeciendo locura intermitente, viole alguna ley penal durante una intermitencia.

NOTAS

ANIVERSARIO DE LA MUERTE DE AUGUSTO COMTE.

Honrando la memoria del ilustre filósofo que dejara una huella tan profunda en la moderna Filosofía, la ilustrada y progresista «*Sociedad Positivista de México*,» organizó una velada en la Sala Wagner el 5 del próximo pasado Septiembre.

La Oración conmemorativa del Dr. Porfirio Parra y el elogio poético de Comte del Lic. D. Juan N. Cordero, fueron dos piezas oratorias de subido mérito, que esperamos serán publicadas para complacencia de los admiradores y discípulos del ilustre reformista, que no asistieron á esa simpática reunión.

¡Cuánto celebraríamos que la Sociedad Positivista pudiese organizar una serie de frecuentes veladas ó Conferencias, en las cuales se explayasen y comentasen las ideas del egregio Maestro, ante la selecta concurrencia que evidentemente concurriría á ellas!

NUEVO MÉDICO.

El aprovechado joven Sr. D. Julio Buendía y Sáenz de Santa María acaba de recibir en Mérida-Yucatán, su título de Médico Cirujano, habiendo presentado al Jurado Calificador la tesis que hemos tenido el gusto de recibir y leer, intitulada «Heridas por armas de fuego.» Deseamos sinceramente para el nuevo Colega todo género de prosperidades y que la profesión en cuyo ejercicio se ha iniciado, sea para él fuente de lauros y bienes.

NUESTRAS REVISTAS DE LA PRENSA MÉDICA.

Las causas que hasta hoy y desde hace algún tiempo nos han impedido llenar en cada número el espacio dedicado á estas Revistas, subsisten aún. Tenemos sin embargo, la esperanza de que, finalizando en el próximo número el suplemento que hemos venido dando «Extrechamientos pélvicos» del Dr. J. Duque de Estrada, podamos consagrar en lo sucesivo cuatro ó seis páginas ó más como anteriormente, á las Revistas Mexicana y Extranjera.

SUMARIO.

TOMO. V MÉXICO, NOVIEMBRE 1° DE 1902 NÚM. 11.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO,

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

JEFES DE REDACCION:

Dr. Barreiro Manuel.—Ex-Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Duque de Estrada, Juan.—Jefe de Clínica de Obstetricia de la E. N. de Med.
Dr. Mejía, Demetrio.—Profesor de Clínica Interna (3er. año) de la E. N. de Med.
Dr. Tejeda, Carlos.—Profesor de Clínica Infantil de la E. N. de Med.
Dr. Vazquez Gomez, Francisco.—Profesor de Patología Externa de la E. N. de Med.
Dr. Zarraga, Fernando.—Profesor adjunto de Obstetricia de la E. N. de Med.
Prof. Juan B. Calderon.—Preparador de Farmacia é Hist. de Drogas de la E. N. de Med.
Prof. Manuel G. Aragon.—Sección de Medicina Veterinaria.

SECCIÓN VI.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS Y OPERATORIAS

ACERCA DE

LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

CONTINÚA.

Tratando de reanudar la presente labor, percátome de ser muy limitada mi experiencia personal en lo que toca al conocimiento de la patología de la hernia diafragmática, y por tan obvia razón, y en gracia de la importancia que entraña este tema (un tanto descuidado aún en las obras quirúrgicas en actual curso de publicación, como la de los Sres. Le Dentu y Delbet, los cuales únicamente le consagran dos páginas), me permito trasladar integralmente la versión del notable artículo del Dr. E. Fletcher Ingalds de que antes hice referencia y que debo á la amabilidad del alumno Sr. Emilio Barragán, prometiéndome más adelante analizar los interesantes datos clínicos que de este escrito se desprenden, con el fin de establecer hasta donde me sea dable las indicaciones de la terapéutica quirúrgica de la hernia diafragmática así como la mejor técnica operatoria que deba aceptarse.

DIAGNÓSTICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA

POR EL DR. E. FLETCHER INGALDS.

Journal of the American Med. Association.—Tomo XXXVI. Núm. 25. Junio 22 de 1901.

«El diagnóstico de la hernia diafragmática presenta muchas dificultades en el vivo, y tantas, que la afección se reconoce raras veces antes que la operación ó la muerte dan una demostración ocular. Rara vez se encuentra

la enfermedad en los anfiteatros, y en ocasiones se descubre en cadáveres muertos de otras afecciones; pero en conjunto se han publicado unos 300 casos. H. J. Browdich, refirió uno en 1847, y en esa época coleccionó las historias de 88 casos. Leichtenstern relató un caso en 1879 y coleccionó detalles de 250, pero sólo 5 de éstos fueron diagnosticados antes de la muerte. Thoma coleccionó 290 casos en 1892 y desde entonces se han publicado muchos otros; sin embargo, subsisten las dificultades de diagnóstico, aunque como han demostrado Leichtenstern y Abel en 1894, hay algunos casos en los que se puede hacer un diagnóstico positivo y razonable sin gran dificultad. He dicho varias veces: «esta afección tiene muchos síntomas y signos que le son comunes con el pneumotórax, pues como éste, también causa distensión de un lado, desalojamiento del corazón, diminución de los movimientos, resonancia timpánica y respiración débil ó suprimida, con sonido metálico. La historia servirá muchas veces de ayuda para llegar á una conclusión exacta. En los casos coleccionados por Browdich, 26 fueron congénitos y el resto traumáticos. Los principales síntomas notados fueron: dipsnea de esfuerzo y á veces ortopnea, dolor en los intestinos, especialmente después de comer con abundancia, sobre todo en aquellos en los que la abertura del diafragma era pequeña, y vómitos en los casos en que el estómago estaba en todo ó en parte dentro de la cavidad toráxica. En muchos casos el pulso estaba alterado y en algunos era débil y rápido. En el 27 por 100 de los casos los enfermos parecían gozar de salud y desempeñaban sus ocupaciones.

En el caso del Dr. Abel los síntomas que aparecieron rápidamente fueron los de la obstrucción intestinal con vómitos, colapso profundo, retracción del abdomen, distensión del lado izquierdo con resonancia timpánica y desalojamiento del corazón al lado derecho, ausencia del paso de gases y materias fecales por el intestino, No se pudo introducir en el estómago un tubo á través del orificio cardíaco, por lo cual no pudo lavarse este órgano. En el caso del Dr. Leichtenstern pudo demostrarse la presencia del estómago é intestinos dentro de la cavidad pleural y notar en ellos los cambios producidos por la introducción de agua y de aire. El enfermo se quejaba de dipsnea de esfuerzo, la que aumentaba cuando comía. Había ligera cianosis de los labios, aumento en la frecuencia de la respiración y casi no existía la macicez del area cardíaca. La percusión y la auscultación sobre la pared anterior del tórax eran normales. Los ruidos del corazón velados y más fuertes en la parte inferior del esternón. Abdomen plano. En la parte posterior del tórax diminución de los movimientos, y prominencia debajo del omóplato izquierdo. Debajo de ésta un hueco profundo con sonido timpánico. En toda la región ausencia de murmurio vesicular. En lugar de él, inspiración y espiración profundas y metálicas, siendo la inspiración la más ruidosa. Algunas veces ruido metálico y de sucusión. La extensión exacta del área de resonancia metálica fué determinada por la percusión auscultatoria. Los límites donde cesaban las notas metálicas variaban considerablemente en cada examen. A veces, sobre la parte inferior del tórax desaparecía enteramente la respiración metálica y la resonancia parecía exagerada; otras veces ocupaba un área más grande, invadiendo la región axilar y aun enviando lengüetas hasta el borde izquierdo del esternón. Creyóse que esto era el resultado de los movimientos peristálticos, estando el estómago ó colon vacíos ó llenos de gas. A veces la percusión producía notas de profundidades variables en diferentes partes del área afectada, indicando que había más de una cavidad. En la parte posterior

é inferior de la mitad izquierda del tórax se notaba á veces macicez. El límite de ésta cambiaba con los cambios de posición del enfermo. (Contenido del estómago). El diagnóstico se fundó en los puntos siguientes: La percusión demostraba en la porción inferior y posterior de la izquierda del tórax un hueco de área variable que cambiaba de posición, forma y volumen en muy corto tiempo. La circunstancia de que á veces faltaba la resonancia metálica en el area afectada, así como también el *frémitus* (estremecimiento vibratorio) y el murmurio vesícular, demostraba que la cavidad persistía, pero que la resonancia metálica se había perdido porque la cavidad se había llenado de substancias ó se había contraído. Cuando ocurría esto, el murmurio vesicular indicaba que el tejido pulmonar avanzaba gradualmente en el área de la cavidad y el pulmón se extendía hacia arriba siguiendo la expansión. El cambio del límite superior del área de obscuridad demostraba que la cavidad contenía á veces substancias movibles, y el tamaño de esta área indicaba la presencia del estómago. La diferente profundidad de ciertas áreas de percusión metálica que á veces estaban separadas unas de otras por áreas de obscuridad, se explicaba por la presencia de más de una cavidad. (El intestino delgado, colon, estómago). Los ruidos respiratorios sobre esa área eran metálicos ó faltaban muy á menudo. Se creyó que los sonidos respiratorios cambiaban de calidad y adquirían carácter metálico porque se trasmitían á través de cavidades de paredes lisas. La profundidad de la respiración metálica era notablemente menos intensa que la que se oye en el pneumo-tórax, porque el sonido no era trasmitido á través de la cavidad pleural únicamente, sino también á través de las paredes gástricas é intestinales.

A veces la respiración metálica sólo se oía durante la inspiración, mientras que en el pneumo-tórax, debido á que la compresión de los pulmones es mayor, el ruído espiratorio es más fuerte. Se oía además gorgoteo simple ó metálico, con zurridos intestinales, como los que se oyen en las diarreas ó éxtasis del estómago. Estos ruídos eran á veces muy frecuentes y á veces faltaban. Leichtenstern arguye que cuando se oyen sonidos semejantes en el tórax normal, en las regiones axilar é infra-escapular, si se aplica el estetoscopio al estómago ó intestinos, puede notarse inmediatamente que estos sonidos son mucho más intensos en la situación normal de estos órganos, mientras que en la hernia diafragmática la dislocación de los intestinos ó el estómago, favorece la producción de sonidos peristálticos á través del orificio de comunicación del tórax con el abdomen, y estos sonidos son mucho más fuertes en el tórax que en el abdomen. Después de una pleuresía antigua el estómago é intestinos pueden estar situados muy arriba, pero en este caso el tórax está retraído y no distendido, con escoliosis, etc. Los ruídos de sucusión presentan en este caso el carácter variable que tienen los otros signos.

Casi todas las hernias diafragmáticas de que se tiene noticia, son muy variables en sus síntomas.

El pneumo-tórax, afección con la que puede confundirse fácilmente la hernia diafragmática, resulta en el 90 por 100 de los casos de la tuberculosis pulmonar y probablemente todos ellos son seguidos inmediatamente por el derrame de serosidad ó pus dentro de la cavidad pleural. La afección se desarrolla sin antecedentes traumáticos. En los casos restantes (10 por 100), casi todos tienen por origen un traumatismo, y en la mayor parte de éstos viene rápidamente la inflamación de la pleura con derrame de líquido ó gas, aunque en algunos pocos puede no haber infección, y el aire puede reabsorberse sin

producir derrame. En el pneumo-tórax la sofocación puede venir repentina ó gradualmente, y á menudo se oye la respiración anfórica, especialmente en la espiración, que puede ser ruda ó débil, y desaparece cuando el derrame alcanza bastante altura, de modo que impide la entrada del aire. Cuando existen líquidos ó aire en la cavidad pleural, se puede oir á menudo ruido metálico durante los tiempos respiratorios y se puede oir distintamente ruido de gorgoteo cuando se sacude el cuerpo del enfermo y se aplica el oido al pecho. El corazón está constantemente desviado al lado opuesto, donde permanece sin variación. La hernia diafragmática es congénita ó debida á defectos congénitos en el 38 por 100 de los casos conocidos, y en muchos de éstos no hay síntomas marcados, á no ser que la hernia se estrangule. En un 60 por 100 de los casos la afección es traumática, y por lo tanto, la historia es muy diferente de la del pneumo-tórax. La sofocación en la hernia puede venir repentinamente y desaparecer de la misma manera, mientras que en el pneumo-tórax es más continuada. Yo siempre he dicho que en la hernia diafragmática no hay respiración anfórica, mientras que otros sostienen lo contrario. No puedo comprender cómo puede producirse en la hernia diafragmática una respiración anfórica típica, aunque sé que á veces se oyen ruídos semejantes aunque más lejanos, especialmente en la inspiración. Creo que éstos son causados por la trasmisión de los sonidos brónquicos á través del estómago é intestinos, de los que algunas partes están distendidas por gases. Los puntos más importantes en la diferenciación de los casos no estrangulados, son los siguientes:

1º El ruído metálico propio del hidro-peumo-tórax ó un ruído semejante, puede oirse á veces en la hernia diafragmática. La cualidad de los ruídos producidos en los intestinos y en la cavidad pleural bastaría á menudo para diferenciarlos, pero esta cualidad no puede describirse con precisión; por lo que el principal valor de este signo depende del hecho de que en el pneumo-hidrotórax se oye solamente con los movimientos respiratorios ó cuando se sacude el cuerpo, mientras que en la hernia ocurre independientemente de estos movimientos y está asociado con zurridos de gases en el estómago ó en los intestinos que se han escapado dentro de la pleura.

2º El desalojamiento del corazón en el pneumo-tórax es prácticamente constante; en la hernia diafragmática puede variar con el contenido del estómago ó los intestinos, según que el paciente esté en ayunas ó acabe de comer y beber con abundancia. La retracción del abdomen puede ser de algún valor como síntoma y los de la obstrucción serán de la mayor importancia dado caso que haya estrangulamiento. En un caso curado por la operación y referido recientemente por E. W. Walker, había el antecedente de una herida grave con los síntomas de obstrucción intestinal y disminuída la expansión del lado izquierdo del pecho, resonancia timpánica en la base del pulmón izquierdo, respiración anfórica, ruídos de sucusión cuando se sacudía al enfermo y el vértice del corazón desalojado dos pulgadas hacia la derecha. En este caso hubo fractura de dos costillas y el enfermo sentía algo de dolor en el lado izquierdo, que hizo sospechar una ruptura del pulmón con pneumo-tórax, además del pellizcamiento del intestino (comprendiendo como unas 8 pulgadas) que estaba firmemente adherido á la desgarradura del diafragma. Walker cita numerosos autores y dice que entre los síntomas señalados, la dispnea, el dolor intenso y la tos eran los más notables y que se oían ruídos anfóricos y de sucusión sobre el intestino prolapsado.

Los síntomas y signos deben variar necesariamente de acuerdo con la

causa, la naturaleza de la herida cuando hay traumatismo y la condición de los órganos que abandonan la cavidad abdominal. Larcher encontró que en 275 casos en un 91 por 100 no existía el saco herniario. Los signos variarán muy considerablemente en el caso en que los intestinos penetren libremente en la cavidad pleural y en aquellos en que fueren detenidos por la pleura que los cubre.

Un caso interesante ha caído recientemente bajo mi observación; creí que se trataba de una hernia diafragmática, pero varios clínicos sagaces lo consideraron como un pneumo-tórax. La cuestión no está todavía bien dilucidada, pero en vista de los síntomas creo que los miembros de esta Sociedad tendrán interés en hacer el diagnóstico por sí mismos. El caso es como sigue:

Un caballero de 29 años de edad vino á verme el 31 de Diciembre de 1900 con la siguiente historia.—Diez días antes mientras caminaba por la calle en la más perfecta salud, hacía profundas inspiraciones como tenía por costumbre hacerlo por la mera satisfacción de llenar sus pulmones. Repentinamente sintió un dolor, y le pareció que algo se había roto en la parte inferior y externa de la región inframamaria izquierda. Se desmayó y tuvo que sentarse por unos minutos, pero parcialmente recobrado, caminó dos cuadras hasta la casa de un amigo donde se sentó otra vez. Se sintió tan desvanecido y oprimido del pecho, que se vió obligado á trasladarse á su casa. Se sintió mejor al día siguiente, y pronto volvió á la calle, á pesar de que sentía incomodidad del lado izquierdo y á veces tenía ataques de dispnea y desvanecimientos. También notó ruidos frecuentes de gorgoteo ó sensaciones que refería á la región inframamaria izquierda. Cerca de una semana, después del primer ataque y como resultado de haber subido las elevadas escaleras de una estación alta de Ferrocarril tuvo desvanecimientos y un fuerte ataque de dispnea. Subió á los coches y se fué al centro de la ciudad, pero se sintió tan mal, que inmediatamente regresó á su casa. Consultó al Dr. William M. Harsha, y un día ó dos más tarde vino á verme. Tenía la apariencia de perfecta salud y sólo se quejaba de ligera incomodidad en el lado izquierdo y algún embarazo para respirar. Como unos 10 años antes había tenido una tos grave por espacio de 2 ó 3 meses mientras estaba en el Hospital, pero se recobró inmediatamente que salió y había gozado de perfecta salud desde entonces. No tenía tendencias hereditarias á ninguna enfermedad. No había habido elevación de temperatura desde el accidente; en realidad, la temperatura y el pulso habían sido ligeramente subnormales la mayor parte de las veces. No había tos ni expectoración, el apetito bueno y la digestión normal. Había comido momentos antes de venir á verme, lo que aparentemente modificaba el aspecto físico. El abdomen algo retraído, con surcos transversales marcados en la parte superior de la región umbilical casi al nivel de la décima costilla. La forma del pecho normal, pero los movimientos del lado izquierdo muy disminuídos. El vértice del corazón desviado cerca de dos pulgadas á la derecha de la normal. El hígado y el bazo no pasaban del borde inferior de las costillas. La percusión y la auscultación normales en el lado derecho. Del lado izquierdo había hiper-resonancia hacia adelante, exceptuando una moderada macicez abajo de la cuarta costilla y que se extendía cerca de dos pulgadas á la izquierda de la línea mamilar y hacia abajo hasta el borde más próximo de las costillas. En la cara posterior y lateral hiper-resonancia en los dos tercios superiores del lado izquierdo con resonancia timpánica en el inferior. El borde derecho del corazón se extendía una pulgada á la derecha del esternón sobre la línea de la

cuarta costilla. Murmurio respiratorio en el vértice izquierdo casi tan intenso, como en el lado derecho, y se extendía inferiormente hasta el tercer espacio intercostal hacia adelante y la 7ª ú 8ª costilla hacia atrás. Abajo de estos límites no había ruidos respiratorios, y en lugar de ellos oí varias veces zurridos y gorgoteos exactamente iguales á los que se oyen sobre los intestinos. En ocasiones oí ruidos metálicos cortos que podrían llamarse sonidos metálicos, como los que se oyen á menudo sobre los intestinos cuando están llenos de gases. No se parecían mucho á los sonidos metálicos que he oído á menudo en el hidro-pneumo-tórax, probablemente porque eran producidos, en pequeñas cavidades con paredes elásticas; no oí nada que se pareciera á la respiración anfórica y no había ruidos de sucusión. Aventuré el diagnóstico de *hernia diafragmática* y me hice el ánimo de ver al enfermo en su casa al día siguiente con los Dres. Chistian Tenger y William M. Harsha. Llegamos á las 5 de la tarde, el enfermo no había comido nada desde que tomó un ligero *lunch* cuatro ó cinco horas antes. Los signos eran los mismos que los de la tarde precedente, sólo el vértice del corazón estaba desviado como unas tres quintas partes á la derecha. La macicez del lado izquierdo del corazón era menos distinta, los ruidos respiratorios se extendían hacia adelante como una pulgada más abajo, y hacia atrás, 2 ó 3 pulgadas más abajo que la noche anterior, y los ruidos de gorgoteo se oían con menos frecuencia. Entendí que el Dr. Tenger había oído algo como respiración anfórica en la parte posterior é inferior del pulmón, pero esto no sucedió mientras yo ausculté. El Dr. Harsha se inclinó á creer que se trataba de un pneumo-tórax. El Dr. Tenger omitió dar su opinión. Entonces tuve más confianza que antes en mi diagnóstico. Le aconsejamos al enfermo que fuera al hospital Presbiteriano, con la esperanza de establecer un diagnóstico y en caso necesario, operar al enfermo para que se aliviara. En el hospital, el Dr. Tenger exploró la parte inferior del lado izquierdo del tórax dos veces, con una larga aguja de aspiración, obteniendo resultados negativos la primera vez. En la siguiente hubo un escape de aire suficiente para apagar un fósforo. El gas no tenía olor, y la aguja no contenía celdillas ni líquido que pudieran prestarse á un examen microscópico. Se le dió bismuto al enfermo y se le examinó con los rayos X, obteniendo resultados negativos. Su estómago estaba lleno de aire y el colon de agua, y á la percusión aparentaba estar en posición normal. Mientras estuvo en el hospital fué examinado por los Dres. Billings, Serm, Rhodes, Corwing, Hewick, Dolamore, Freed, Sippy, Torrisson, Stevenson y otros, como treinta por todos.

Algunos de estos opinaron por el diagnóstico del pneumo-tórax y otros de conformidad conmigo. Examiné al enfermo varias veces durante las semanas siguientes, oyendo los ruidos intestinales muy á menudo y algunas veces el ruido de gorgoteo producido por el paso del aire ó líquido á través de una porción estrecha. Una vez, en un examen oí algo que se parecía á un débil murmurio anfórico respiratorio, pero muy distante. Creo que debe haber sido lo mismo que el ruido metálico de los ruidos brónquicos referido por Leichtenstern. La posición del corazón y el límite inferior del ruido respiratorio variaban algunas veces, pero en otras no había cambio en los signos físicos ó en la condición general del paciente. El diagnóstico de *hernia diafragmática* me parecía más y más probable después de cada examen, hasta que finalmente, considerando la ansiedad del enfermo con sus perturbaciones, creí justificado recomendar una operación exploradora abajo del diafragma, con la condición de que el profesor Tenger concurriera. Examiné al enfermo otra

vez el 13 de Febrero; me dijo que tres días antes, después de reir, había oido aire que se precipitaba dentro de una cavidad, en la parte inferior de la región inframamaria izquierda. Encontré que el lado izquierdo daba un sonido timpánico más claro que el anterior, y los latidos del corazón se sentían como á 2 pulgadas á la derecha del esternón: los ruídos respiratorios en el vértice izquierdo se extendían inferiormente hasta la 4ª costilla, pero eran menos distintos que antes, y al nivel del ángulo inferior del omóplato en la parte posterior y lateral del lado izquierdo, se oían constantemente ruídos anfóricos durante la inspiración, aunque no tenían resonancia metálica á la auscultación, resonancia que existe en los casos ordinarios de pneumo-tórax. El gorgoteo y los borborigmos no se notaron. El lado izquierdo medía 17¼ pulgadas, y el derecho 17. Los movimientos del lado izquierdo eran casi nulos; el abdomen estaba algo retraído y el bazo no se sentía debajo del reborde costal. Una semana después no había cambios en los signos físicos. Examiné al enfermo cuidadosamente el 27 de Febrero, casi diez semanas después de su accidente. Durante todo este tiempo no hubo aumento de temperatura ni de pulsaciones, exceptuando el pequeño cambio, ya mencionado, que se presentó un día ó dos después de una de las punciones exploradoras, y que fué atribuído á una laringitis. En el último examen, el contorno del tórax era normal, con retracción en vez de prominencia en los espacios intercostales, en la parte lateral del lado izquierdo. El abdomen estaba considerablemente retraído; los ruídos del corazón eran débiles cuando el enfermo se acostaba boca-arriba, pero el órgano había retrocedido 2½ pulgadas á su posición normal. Cuando el enfermo se acostaba sobre el lado derecho, los ruídos del corazón eran de intensidad normal sobre la parte inferior del esternón, hacia la izquierda de la línea media. El murmurio vesicular podía oirse sobre una área más grande en la parte superior izquierda del tórax, que en el último examen, y era como un tercio de la intensidad normal. No pude oir nada parecido á la respiración anfórica, sino una especie de resonancia que era distinta, aunque débil, en la mitad inferior del lado izquierdo. Había una pequeña área de macicez moderada como de unas 2 pulgadas de diámetro en el ángulo ántero-superior de la región infra-axilar, la cual creí que fuera debida al contenido de la hernia, pero fuera de esto, la parte inferior del lado izquierdo era moderadamente timpánica, y la parte superior presentaba casi normal, aunque ligeramente exagerada, su resonancia. No oí sonido metálico ni borborigmos, pero el enfermo me llamó la atención acerca de un signo interesante que oí repetidas veces cuando tragaba una poca de agua. Este era el sonido normal, aunque algo intenso, de un líquido que pasa á lo largo del esófago, y sólo se podía oir en la parte inferior, al nivel de la 4ª costilla. El primero de estos ruídos creo que era producido por el paso del agua á lo largo de la porción inferior del esófago al estómago, y el segundo por el paso de la parte del estómago que quedaba en la cavidad abdominal, á la porción que formaba parte de la hernia diafragmática. El enfermo nunca había tenido estrechamiento del esófago, así es que no había razón para sospechar que los líquidos permanecieran por diez segundos formando bolsa en la parte inferior del esófago antes de pasar al estómago; en realidad, si esta fuera la causa, el segundo ruído comenzaría inmediatamente después del primero y continuaría hasta que el líquido hubiera pasado al estómago. Parece muy razonable suponer que hubieran transcurrido diez segundos antes de que los movimientos del estómago hubieran forzado al líquido que se había tomado, á través del estrechamiento herniario. Estos ruí-

dos podían producirse á voluntad cada vez que el enfermo tragaba una poca de agua.

Los puntos en favor de los diferentes diagnósticos, están en el siguiente cuadro:

HISTORIA DEL HIDRO-PNEUMO-TÓRAX.	HISTORIA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA.
1.—90 por 100 consecutivos á la tuberculosis. La mayor parte de los restantes, traumáticos. *No había traumatismo en este caso.*	1.—27 por 100 congénitas ó por causa de defectos congénitos; los restantes traumáticos. Ausencia de las causas comunes del pneumo-tórax.
2.—Generalmente dolor agudo interno, seguido de depresión y síntomas de hidro-pneumo-tórax. *Faltaban.*	2.—Generalmente poco dolor, y los síntomas no muy pronunciados en los casos congenitales, á no ser que haya estrangulamiento.
3.—Ordinariamente pulso débil y rápido, y *elevación* de temperatura persistente.	3.—Pulso y temperatura siempre normales, exceptuando las alteraciones ligeras y por unas cuantas horas después de la punción, que fué cuando tuvo la laringitis.
4.—El abdomen generalmente distendido, pero pudiendo ser normal.	4.—Abdomen retraído.
5.—Movimientos restringidos, é hiper-resonancia del lado izquierdo.	5.—Movimientos restringidos é hiper-resonancia en la parte superior del lado izquierdo. En la parte inferior resonancia timpánica variable. En el pneumo-tórax la resonancia timpánica deberá ser más marcada en el vértice, á no ser que la impida una antigua adherencia pleural. Este enfermo nunca tuvo pleuresía.
6.—Comunmente hay ruídos de sucusión demostrando que hay fluídos en el saco pleural. *No existían.* En muy raros casos hay poco fluído.	6.—No había ruídos de sucusión, aunque había gorgoteos, y el enfermo notaba como burbujas que se extendían 4 ó 5 pulgadas arriba del diafragma, demostrando la presencia de fluído en una cavidad más pequeña que el saco pleural.
7.—Desalojamiento del corazón hacia el lado derecho, constante cuando hay gases, pero que desaparece gradualmente cuando se reabsorbe el aire.	7.—Desalojamiento del corazón á la derecha, variando de vez en cuando, según el contenido del estómago é intestinos, hasta unas 5 pulgadas á la derecha de lo normal.
8.—El bazo, en caso de pneumotórax del lado izquierdo, desviado hacia abajo. No existía esto en este caso.	8.—El bazo no estaba desalojado hacia abajo.
9.—Murmurio vesicular débil ó ausente.	9.—Murmurio vesicular débil en la parte superior del tórax, pero en algunos exámenes el murmurio tenía las ¾ partes de la intensidad que tenía en el lado derecho sobre una área que

variaba en las diferentes exploraciones como $2\ ^3/_5$ en el lado izquierdo. La área sobre la cual no se oía variaba en las mismas condiciones. Ausencia de murmurio vesicular en la parte inferior.

10.—Respiración anfórica en muchos casos, que depende de que la cavidad de la pleura es evidente.

10.—Respiración anfórica, pero disminuída la resonancia que existe generalmente en la cavidad pleural. Existía á veces en este caso y sólo se oía en la parte inferior del pecho durante la inspiración. En el pneumo-tórax se oye mejor en la espiración, y parece que está próxima al oído y no distante, como en este caso. Gorgoteos y borborigmos de los intestinos, que se oían hasta la 4ª costilla, y más fuertemente abajo del diafragma. Algunas veces ruídos de fluído muy bien marcados, como de fluído que pasa á través de un estrechamiento. Aunque los ruídos intestinales pueden oirse á veces en la posición normal, es dudoso que se puedan oír distintamente hasta la 4ª costilla, á menos que el diafragma haya sido rechazado hacia arriba, como sucede en una pleuresia antigua. En el pneumo-tórax el diafragma está desviado hacia abajo.

11.—El llamado sonido metálico; pero no podía producirse en la cavidad pleural, porque no contenía fluídos.

11. El llamado sonido metálico, pero muy diferente del que se oye en la pleura; su carácter es exactamente igual al de los sonidos que se oyen á menudo sobre el abdomen. Producido independientemente de los ruídos respiratorios, ó de los movimientos del cuerpo. No había fluidos en el saco pleural, por lo tanto el sonido metálico no pudo haber sido producido por el pneumo-tórax en este caso.

12.—Dispnea.

12.—La dispnea debe ser permanente en el pneumo-tórax; intermitente en este caso.

13.—Punción. Se obtiene aire solamente. Sin olor.

13.—Punción. No hubo fluídos ni de la cavidad pleural ni de los intestinos. No hubo olor de intestinos. Esto, lo mismo que la ausencia de bacilos ó de esputos no es signo positivo.

En este caso, los síntomas y signos notados en los números 5, 7, 9, 10, 11

13, tomados sin ninguna modificación, indicarían con certeza el pneumo-tórax, pero las condiciones en alguno de éstos, nos inclinan más á la hernia diafragmática; y las otras 7 proposiciones nos inclinan fuertemente en favor de este último diagnóstico.

J. B. Murphy, dice: que cuando se comprimen los pulmones por medio del aire, en el saco pleural, ese aire puede introducirse cada tercer día. No es probable que el aire confinado pueda permanecer en el saco pleural todo ese tiempo. La experiencia clínica ha demostrado que en casi todos los casos, la entrada del aire de los tubos aéreos al saco pleural, es seguida rápidamente por el derrame. Es muy poco probable que una comunicación del saco pleural con los tubos aéreos pueda existir durante tanto tiempo sin causar una pleuritis.

El diagnóstico en este caso me parece casi cierto; el pronóstico muy dudoso, y el tratamiento problemático. El hecho de que un 27 por 100 de los casos relatados por Browditch gozaban de buena salud, no quiere decir nada; pero la seguridad relativa de una operación bajo las precauciones modernas, y por cirujanos como los que tenemos á la mano, vienen á justificar el que se intente prevenir un estrangulamiento posible.

El enfermo dejó el Hospital pocos días después del último examen, y no le he vuelto á ver desde entonces, aunque sé que está muy aliviado."

(Concluirá.)

DOS CASOS CLÍNICOS

OREJONES CON COMPLICACIONES AUDITIVAS Y PULMONARES. ESCARLATINA TRAUMÁTICA.

Francisco Llanos, natural de Ensenada, B. C., de 19 años de edad, soltero, jornalero, de constitución débil, ingresó á la Enfermería Militar de Bácum el día 25 de Junio, enfermo de Orejones. La inflamación parotidea poco intensa, acompañada de síntomas generales de mediana intensidad, parecía indicar que la marcha sería normal y la curación vendría rápidamente. El 29 de Junio los síntomas generales habían decrecido, la inflamación local era poco aparente, cuando el enfermo manifestó tener «algo» en los oídos que hasta entonces no había sentido, esto es: sordera, zumbidos y sensación vertiginosa; al bajarse de la cama lo ví vacilar como si estuviera ébrio; atribuí eso á la debilidad consiguiente, pero bien pronto pude darle su verdadera significación; no había dolor en la oreja, y el examen del conducto auditivo externo mostró la ausencia completa de algún escurrimiento. El día 31, en la mañana, la inflamación parotidea había casi desaparecido, lo mismo que la fiebre; pero los fenómenos auditivos permanecían casi como el día que me fueron indicados, habiendo aumentado únicamente la sordera. El mismo día 31 en la tarde fuí solicitado por mi enfermo, que con pesar me manifestó tener calofrío, sentir el cuerpo muy quebrantado y dolor intenso en la garganta. Examinada ésta, encontré las dos amígdalas inflamadas, con una coloración roja intensa y una pequeña nata en el tercio superior de la amígdala izquierda. Le prescribí gargarismos de cloral ($^1/_{500}$) y timol ($^1/_{1000}$), y un supositorio de clorhidrato de quinina (0.75). Al siguiente día el calofrío había

desaparecido, siguiendo su curso la angina, acompañada de un movimiento febril de 38°6 (media). La angina fué cediendo progresivamente y creí que mi enfermo, al terminar esta complicación entraría en plena convalecencia, por más que los fenómenos auditivos seguían en el mismo estado; supuse que éstos dejarían á mi enfermo un triste y perdurable recuerdo, pues estoy en la creencia que no eran debidos á una inflamación auricular, sino que indudablemente había tenido la fortuna de observar la complicación auditiva especial á los Orejones, señalada por Fournier, bien descrita por Eloy y atribuída por el primero á «*una infección de los centros auditivos.*»

Grande fué mi sorpresa cuando el 4 de Julio, al practicar mi visita diaria á la Enfermería, encontré á Llanos en peores condiciones que el día anterior. La temperatura había ascendido á 39°, las pulsaciones eran en número de 120, la lengua blanca y el semblante muy animado. Interrogado mi enfermo, supe que el día anterior había tenido un nuevo calofrío á las 10 p. m. y que actualmente «sentía opresión en el pecho y dolor en el costado izquierdo.» El examen me hizo descubrir una zona de sub-macicez en la base del tórax y á la izquierda, y estertores sub-crepitantes. En los días siguientes la macicez se hizo más notable, apareciendo además, soplo tubario y broncofonia; esputos hemoptoicos; los fenómenos generales se agravaron, subiendo la temperatura en la tarde entre 39°7 y 40°, el pulso á 130, agitación, insomnio, delirio nocturno, saltos de los tendones, temblor de los labios y lengua seca. Me encontraba, pues, en presencia de una tercera complicación, *la neumonía*, muy grave por cierto, y que había de ser la última que tuviera mi desgraciado enfermo. El 11 de Julio murió á las 9 p. m., habiendo precedido el coma á su última hora.

Este caso me ha parecido interesante por las numerosas complicaciones que presentó; por lo notable de ellas, pues tanto las auditivas como la neumonía son raras; y por último, porque no se observaron durante una epidemia, pues no merece el nombre de tal la aparición de tres casos sin haberse precedido ó seguido de otros. Los otros dos enfermos de Orejones fueron el soldado Alejandro Gutiérrez y el yaqui prisionero Valente Alatriste. En estos últimos la marcha fué normal.

Alvaro Flores, corneta del 19º Batallón, soltero, 25 años.—Constitución robusta.—Enfermedades anteriores: ninguna de importancia.

El 15 de Julio próximo pasado sufrió un pequeño traumatismo en la cabeza, al que no dió importancia alguna, ni creyó necesario presentarse á la visita diaria, curándose con los medios que nuestro pueblo usa en casos semejantes.

El 21 del mismo mes de Julio y á mi regreso de una corta expedición, me fué presentado para su reconocimiento y encontré lo siguiente: una tumefacción fluctuante en el vértice de la cabeza, coronada por una ulceración alargada transversalmente; oprimiendo el absceso, salía pus por una abertura insignificante que no era suficiente para la evacuación de él.

Una mancha casi uniforme sin tumefacción de la piel, se extendía por la nuca, el tórax, los brazos y la mitad superior del abdomen; esta mancha de color escarlata desaparecía en donde se comprimía con el dedo, volviendo bien pronto, al cesar la compresión; la cara hinchada, con listas rojizas, principalmente en el carrillo derecho; los párpados inferiores edematosos. Con la sos-

pecha de una escarlatina, hice otras investigaciones, encontrando una angina extendida á las dos amigdalas, éstas muy inflamadas, pero sin coloración muy intensa, la lengua descamada; el termómetro marcaba 38°9, y el número de pulsaciones era de 118. La mancha, según datos del enfermero, había aparecido dos días antes (19 de Agosto), y el día 18 mi enfermo había sentido calofrío, calentura y quebrantamiento general. El exantema apareció en el cuello y de allí se extendió hasta los límites en que lo encontré

Hice desde luego la debridación del absceso y aislé al enfermo.

En los dos días siguientes la mancha progresó hasta la raíz de los miembros inferiores, no habiendo cambio notable en los otros síntomas. Este estado de cosas permaneció estacionario hasta el día 26, en que empezó á disminuir la coloración intensa del exantema, y el 27 principió la descamación que se hizo en la forma llamada *furfurácea*.

El absceso durante la evolución de la enfermedad-complicación, no avanzó notablemente hacia la curación, la supuración estaba mezclada con sangre, eliminándose pequeños colgajos de tejido esfacelado. Tan luego como empezó la descamación, cambió el aspecto del absceso, y rápidamente cicatrizó.

* * *

Se despertó la atención sobre la escarlatina traumática, cuando aparecieron en 1864 los trabajos de Sir Paget y May, por más que Civiale había hecho antes algunas indicaciones sobre el asunto, relacionándose desde luego, las observaciones que publicó, á exantemas de infección urinaria y no á la escarlatina.

Sir Paget daba gran extensión al asunto; pero bien pronto fué reducido con los trabajos de Verneuil y Tremblay, que influyeron mucho en el ánimo del Cuerpo Médico. Sin embargo, no se ha negado la existencia de la escarlatina traumática, á pesar de las discusiones de la Escuela Rusa, que ha presentado Memorias en pro y en contra (Volkovitch, Sarytchev, Nossovitch), Strubell y Leube han tratado juiciosamente el asunto, y por último, el Dr. R. de Bovis, de Reims, ha hecho un admirable trabajo de resumen.

Se han descartado de una vez para todas, los exantemas infecciosos de la piohemia, de la difteria y de la fiebre tifoidea, el eritema escarlatinoso recidivante y los exantemas tóxicos; no quedan, pues, bajo la denominación de *Escarlatina traumática* más que los casos que reproducen el cuadro de la *Escarlatina médica*.

En la observación que presento, se encuentran las siguientes *identidades*: principio brusco de la enfermedad, aparición del exantema en el cuello y extensión al tronco y miembros, color escarlata del exantema, falta de tumefacción de la piel, aspecto de la cara y de la lengua; por último, angina y las siguientes *diferencias:* la erupción evoluciona en ocho días y la descamación se hace en la forma *furfurácea*.

Bácum, Río Yaqui, Agosto de 1902.

DR. FERNANDO OCARANZA.

SECCION VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE AL MES DE AGOSTO DE 1902.

[CONCLUYE.]

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodríguez Barragán.*

87.—Sr. A. V., cliente particular del Dr. Hurtado.

De 26 años. Soltero. De México. Telegrafista.

ANTECEDENTES.—Ha padecido epilepsia desde el 24 de Junio de 1893, día en que sufrió el primer ataque terminando de tomar un largo baño de regadera.

En los 4 primeros años los accesos se repetían con un intervalo de 15 ó 20 días; en dicho lapso de tiempo se curó por el sistema homeopático durante el primer año, siguiendo el demás tiempo su curación por el sistema alópata.

De los últimos 5 años, los primeros 4 se medicinó con grageas de Gélineau, obteniendo una mejoría, pues los accesos se retiraron hasta obtener un intervalo de 9 á 10 meses entre uno y otro.

El último año se medicinó con pastillas anti-epilépticas del Dr. Ochoa, obteniendo igual resultado.

Los síntomas en el primer período citado de 4 años fueron: convulsiones más ó menos fuertes y frecuentes, minutos antes del acceso; duración de éste de 3 á 5 minutos, quedando aletargado hasta 1 hora, mordiéndose la lengua del lado derecho y quedando con cefalalgia durante 3 ó 4 horas después.

Durante el acceso, los pulgares doblados hacia adentro, la respiración fatigosa; al terminar el ataque, algo infiel la memoria.

En el segundo período de 5 años, los mismos síntomas en menor escala, es decir, con menos intensidad.

En ningún ataque ha sufrido golpes de consecuencias.

Su constitución desde niño ha sido anémica y de temperamento linfático.

NOTA.—Los anteriores datos son reproducción integral de una carta que me dirigió el paciente y que muestra sus facultades de observación y de memoria retrospectiva; debo añadir que no ha padecido afección venérea, ni sifilítica, que no usa el alcohol y que siendo de costumbres morigeradas demuestra un vivo interés por su curación y ruega que se le haga la operación, aun cuando fué advertido de que el éxito no era completamente seguro.

Los padres del enfermo viven y gozan de excelente salud. No hay antecedentes de nervosismo en la familia.

INDICACIONES.—Completar la obra benéfica á todas luces del plan bromurado, haciendo la simpatectomía, que al decir del Dr. Chipault, obraría favoreciendo la *encefalo-clisis*.

OPERACIÓN.—Agosto 20.—(A. clor. con 50 gramos).—*Simpatectomía bilateral* hasta arriba del ganglio cervical inferior.—Solamente se sacrificó una ramita del plexo cervical del lado izquierdo, respetando la rama del espinal. —Se extirparon ganglios linfáticos en la parte alta de la región cervical, por encontrarlos infartados y ocasionar estorbo para la extirpación del ganglio cervical superior.—En el lado derecho se intentó seguir la vía anterior, esto es, el camino que conduce sobre el nervio gran-simpático, descubriendo el borde anterior del músculo externo-mastoideo; pero se abandonó esta vía por convencernos de ser peligrosa, á causa del obligado sacrificio que hubiera sido necesario hacer de las ramificaciones arciformes del plexo cervical, colocado delante del mencionado nervio simpático. Se suturó con catgut núm. *0* la brecha que se hizo en el músculo y se descubrió el borde posterior del mismo, siguiéndose la misma técnica descrita en anteriores intervenciones.—Duración: 2 horas.

RESULTADO.—Hasta el día 18 de Septiembre en que se da de alta en su domicilio, se caracteriza: por no haberse presentado ningún ataque del mal comicial, ni vértigo ni *ausencia*, que antes de operarse substituían á los accesos. Solamente se observó ligera excitación cerebral los 4 primeros días que siguieron á la operación. La cicatrización de las heridas se hizo de primer intento, y no presenta aquélla notable relieve ni es dolorosa. El enfermo sólo aqueja ligera paresia del brazo izquierdo que le aseguro que desaparecerá con el tiempo. Se muestra gozoso de haberse operado, y expirada la licencia que pidió para separarse de su empleo, pronto volverá á sus labores profesionales.

No se interrumpió el tratamiento bromurado durante la curación operatoria y actualmente se suspendió por estar plagada la piel de la cara de *acnea punctata medicamentosa.*

88. —Enfermo del Servicio de Medicina de hombres.

(Clínica de tercer curso).

Perteneciente al Sr. Profesor Dr. León Martínez, y que nos fué bondadosamente cedido para que lo operáramos, después de un minucioso examen realizado por los Sres. Dr. León Martínez, Dr. Escalona, Jefe de la Clínica, y el Profesor de Clínica médica, Dr. Domingo Orvañanos, y por último, por el Dr. González Urueña, nombrado por la Academia Nacional de Medicina como relator y para comprobar la exposición verbal que hizo en esa Corporación el Dr. Hurtado, refiriéndose á la historia clínica, interesante por más de un título y que en compendio pasamos á exponer.

Se ignora el nombre del enfermo. No hemos podido hablar con la familia que lo visita raras ocasiones. Empero debemos los siguientes datos al empeño del Sr. Orvañanos, que los recabó del Sr. Dr. Alfaro, médico del hospital de dementes de San Hipólito, en donde residió algunos meses el sujeto de la observación.

Revela tener unos 35 años de edad. Hace 14 meses fué remitido de una comisaría por haber sufrido un traumatismo de tranvía, encontrándose en la calle y llevando un cesto de fruta. A su ingreso al hospital de San Hipólito presentó: ligeros síntomas de conmoción cerebral, afasia, hemiplegia derecha incompleta, seguida á pocos días de contractura de los músculos traqueales anteriores, de los del antebrazo y de los flexores de la mano, contractura que fué desde un principio dolorosa. Poco tiempo después se notó en este hombre amaurosis incompleta, parálisis facial derecha incompleta (facial inferior), desviación á la izquierda de la comisura bucal. La inteligencia se conservó, y la afasia, según refiere el Sr. Alfaro, llegó á desaparecer por algún tiempo, para volver después y hacerse definitiva hasta la fecha.

Comenzó después á sufrir de ataques de epilepsia parcial, que por el número incontable de los que presentaba cada día y por no obtener resultado alguno con el tratamiento empleado en el susodicho establecimiento de Beneficencia (y cuyo tratamiento ignoramos cuál fuese), obligaron á la Dirección á remitirlo al hospital de San Andrés, en el cual permanece bajo la dirección del Sr. León Martínez desde hace poco menos de 2 meses.

Examen clínico.—Tratándose de un sujeto afásico, el examen se hizo muy difícil.

El resultado en compendio, fué el siguiente:

Hemiplegia derecha incompleta, más acentuada en el miembro superior que está contracturado, siendo doloroso todo intento de extensión del miembro. En el miembro inferior de este lado no existe contractura. Hay parálisis de la rama inferior del facial derecho.

La facies ó bien acusa indiferencia ó bien cierto rictus y especial fijeza, en ocasiones, como si el enfermo sufriese alguna alucinación. La sensibilidad se encuentra intacta en todas sus modalidades en el lado derecho del cuerpo. Los reflejos cutáneos sensitivos notablemente disminuídos. Los profundos se conservan. El reflejo cremasteriano disminuído del propio lado, así como el de los músculos del abdomen. Tratando de buscar los reflejos profundos y el fenómeno del *clonus* del pie en el miembro inferior izquierdo, se determinó la rigidez y la extensión del muslo y de la pierna, quedando por unos instantes el miembro en actitud parecida, si no igual al estado cataléptico, si siguió la extensión del miembro superior en la misma actitud é instantes después, se observaron convulsiones clónicas de la pierna y del muslo, seguidas de convulsiones del mismo carácter en el miembro superior y en el lado izquierdo de la cara; en suma, se determinó un ataque de epilepsía Jacksoniana, limitado al lado izquierdo del cuerpo, sin rotación notable de la cabeza, sin grito inicial, sin espuma bucal, el cual desapareció muy pronto, quedando el enfermo tranquilo. No hubo cambio alguno en la circulación de la cara.

Así pudimos determinar hasta 3 ataques, y todos presentaron el mismo carácter.

El Sr. Dr. Orvañanos ratificó los datos anteriores y agregó, que en su concepto, existía parálisis del hipogloso, diminución de la agudeza auditiva en el oído derecho, y creyó que la enfermedad podía localizarse en la región psico-motriz izquierda.

Los Sres. Dres. S. Chacón y E. Montaño hicieron lo mismo que el Sr. Orvañanos el examen oftalmoscópico, y encontraron que había: atrofia papilar más acentuada del lado izquierdo, y que las arterias oftálmicas en ambos lados se encuentran estrechadas; pero que no existen exudados.

Todas las personas mencionadas opinaron porque debía operarse al enfermo por la trepanación, en vista de no existir síntomas ni manifestaciones de sífilis, ni de alcoholismo ó de cualquiera otra intoxicación, y ser el caso incurable por el tratamiento médico.

Los diagnósticos apuntados variaron como sigue:

El Sr. Orvañanos creyó que se tratase de un absceso cerebral.

El Sr. Dr. Bandera opinó como el Sr. González Urueña, y los Dres. León, Martínez y Escalona, así como los subscritos, por un hematoma traumático.

OPERACIÓN.—Agosto 27.—(A. clor. con 80 gramos.)—Duración, 3 horas.—Craneotomía-témporo parietal izquierda, tallando un colgajo de forma de óvalo incompleto de 10 centímetros por 4 en su base y 6 en la parte alta, de base inferior. Antes se trazaron, marcando con tintura de yodo, la línea naso-lambdoide, la silviana, el bregma, las extremidades del surco rolándico superior é inferior, según las indicaciones eminentemente prácticas que da el Dr. Poirier en su conocido trabajo de topografía cráneo-cerebral. Se aplicó el perforador y 6 fresas medianas de Doyen, aserrando el cráneo con la sierra de mano del propio cirujano. Descubierta la dura-madre se reveló con sus caracteres normales, pero se notó la falta de movimientos síncronos con los respiratorios, por lo cual se incindió circunferencialmente esta membrana á un centímetro de la sección ósea. Se descubrió con toda amplitud la región psico-motriz, observando ligera depresión de las circunvoluciones que la constituyen y ningún derrame sanguíneo. Se notaron pequeñas manchas lechosas en *la pia-madre* (por lo demás normales en muchos individuos, pues no bastan ellas solas para diagnosticar un proceso flegmásico *lepto-meningeo)*. Hasta este momento solamente se estaba en derecho para concluir, que no había aumento de tensión cerebral; empero tratando de inquirir la razón causal de la depresión de la corteza cerebral, se advirtió el notable reblandecimiento de las circunvoluciones frontal ascendente—tercera frontal en su cuerpo y pie—parietal ascendente, y lóbulo del pliegue curvo, pues toda esta zona estaba rodeada como por un cerco que le formasen las inmediatas circunvoluciones, que presentaban al tactarlas su normal consistencia. ¿Tratábase de un reblandecimiento? ¿Cuál era la causa de éste? No creímos prudente insinuar nuestro dedo en el interior de la cisura de Silvius, por temor de causar serios trastornos en la circulación cerebral. Las venas estaban repletas y ocupaban completamente dicha cisura. Las venas del surco de Rolando y las del pre-rolándico, igualmente dilatadas.

Solamente puncionamos con la jeringuilla de Pravaz (aséptica), la substancia blanca, notando que no existía debajo de la corteza cavidad anormal, ni la consistencia parecía disminuída; también obtuvimos el mismo dato negativo introduciendo un estilete algunos centímetros en la dirección de la corona radiante. Nos determinamos á suspender la exploración y no usamos de la electrización cortical, por no creerla indicada en el presente caso. Reaplicamos el colgajos osteo-perióstico y músculo cutáneo, suturando antes con catgut la dura madre, y con crin de Florencia el periostio y la piel, mediante tres surgetes, con el intento de quitar alguno de ellos si se hacía precisa después la canalización que juzgamos, por lo tanto, no ser necesaria en nuestro caso.

Se aplicó cura aséptica y capelina compresiva.

CURSO POST-OPERATORIO.—La temperatura descendía á 33° centígrados al terminar la operación, ascendiendo á 35° á las 7 p. m., hora en que el pulso era de 100, la respiración 24. Se presentaron vómitos clorofórmicos.

Se administró oxígeno en inhalaciones y se inyectó suero de Trunececk (5 jeringüillas), por no tener experiencia sobre la acción del suero sódico á dosis masivas en las intervenciones cerebrales.

Agosto 28.—A las 10 a. m.—p. 120.—T. 37°8. Está tranquilo en este momento, pero á las 7 se excitó y se quitó la curación, que pronto fué renovada.—Pronunció con voz bastante inteligible, según dice el Sr. Barragán, las palabras *pan*, *agua*. La contractura del miembro superior ha disminuido ostensiblemente. La extensión del antebrazo sobre el brazo, que antes era imposible, llega ahora casi á su máximo. Se le dieron dos cucharadas de bromuro, que pudo pasar fácilmente, haciendo gesto de desagrado por el mal sabor de la droga. Responde con movimientos de cabeza afirmativos ó negativos, y con toda precisión á las preguntas que se le dirigen.

Agosto 29.—P. 120—T. 37°8 a. m.—En la tarde: p. 120—T. 38°2.

Agosto 30.—P. 120—Resp. 30—T. 37°8.—Noche: 120 p.—T. 38°1.

Agosto 31.—P. 115—T. 38.—Se nota desigualdad notable de la temperatura periférica (enfriamiento del pie y mano izquierda). Se observó que la elevación térmica era debida á un absceso que se formó en el muslo izquierdo por una inyección de suero que le puso la noche de la operación el practicante de guardia, probablemente con falta de precauciones asépticas; se debridó el absceso y bajó la temperatura.

Septiembre 4.—Se descubre la herida, y se observa que al quitar las suturas se halla reunido en muchos puntos de su extensión, quedando solamente separados sus labios en la parte anterior, por cuya brecha sale una pequeña cantidad de serosidad sanguinolenta cuando se comprime el colgajo. Este se muestra un poco edematoso hacia su vértice. Se coloca una pequeña mecha de gasa entre los labios de la herida y se renueva la cura compresiva.

Se observan ligeros movimientos del brazo izquierdo y de la cabeza, sin que se constituya el ataque parcial de epilepsía. Pronuncia algunas palabras: *sí*, *cena*. Pocas veces se muestra excitado, y por lo general se cubre con sus cobertores la cabeza, y permanece largas horas en ese estado de indiferentismo, hasta que se le excita á alimentarse. Al presente toma la comida hospitalaria de la comunidad.

Reflexiones.—No sabemos si la operación modificará por completo la epilepsía parcial, sólo nos concretamos á referir, que creemos haber cumplido nuestro deber interviniendo quirúrgicamente; explorando directamente la lesión irremediable á nuestro modo de ver, y por todo lo expuesto, nos atrevemos á formular la conclusión de que: «*Es preciso apresurarse á intervenir quirúrgicamente en casos semejantes, antes de que se generen las lesiones esclerosas descendentes, más tarde quizá irremediables, contando como en el actual hecho con establecer la localización de la lesión, que conduce con seguridad al cirujano á explorar por lo menos el cerebro y darse cuenta del diagnóstico positivo, por ser el diagnóstico clínico de verdadera aproximación* y el *tratamiento médico ineficaz por sí mismo y por carecer de la orientación que le marca el exacto diagnóstico.*»

México, Septiembre de 1902.

Dr. F. Hurtado.

Dr. I. Prieto.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

DISPNEA Y DOLOR COSTAL.

Un artículo del Dr. Mouin, terapeuta bien conocido ya de nuestros lectores por haber analizado alguna vez sus ideas y tratamientos, ha llamado nuestra atención en el último número de *La Dosimetrie* de Septiembre próximo pasado. Lleva el mismo título que el de estas líneas y vamos á extractarlo, pues creemos útil la clasificación y reseña que hace de estos *síntomas* que tan frecuentemente hallamos en nuestra práctica, asociados á un síndrome que naturalmente varía con la enfermedad que caracteriza.

Comienza el autor pasando revista á las causas que engendran la *dispnea* que puede venir de cualquier punto del árbol aéreo: laringe, tráquea, brónquios y aparato pleuro-pulmonar; de una lesión del esqueleto (fractura costal, escoliosis, deformación raquítica) de un estado reumatismal de los músculos del tórax, de una neuralgia idiopática; ó de causas generales y nerviosas de origen bulbar ó pneumo-gástrico como en el asma y la uremia.

En la infancia la provoca una laringitis estridulosa por edema de la mucosa, estrechamiento glótico agudo que por lo común cede á una cataplasma caliente sobre la región y á la Emetina, un gránulo cada cuarto de hora hasta efecto. En el adulto, la dispnea laríngea depende de un proceso inflamatorio, tuberculoso ó sifilítico cuyo tratamiento debe ser naturalmente específico.

En el período de germinación de las enfermedades del pecho, existe una *opresión*, una anomalía de forma ó de ritmo respiratorio, respiración pueril, confusa y entrecortada, mereciendo calificarse de *dispnea*, que puede ser útil para formular un diagnóstico precoz, pudiendo en tales casos la sagacidad del clínico evitar con un tratamiento adecuado los males terribles de una tuberculosis, que en su período incipiente es por fortuna siempre curable.

En la bronquitis crónica ó dilatación de los bronquios, el campo, los revulsivos y el *Sulfhidral* dominan el síntoma y el mal.

La dispnea intensa con pequeña y circunscrita lesión pulmonar, debe hacer sospechar la *sífilis pulmonar*: bi-yoduro de mercurio, 2 á 6 gránulos diarios y preparacionos yodotánicas ó yodoformo si hay hibridad morbosa.

La dispnea del asma nerviosa, siempre *expiratoria* y sus crisis espasmódicas, especiales de los neuro-artríticos se previenen por el yoduro y el arsénico. Contra el acceso inhalaciones de yoduro de ethilo ó piridina y gránulos de *lobelina* Ch Chanteand uno cada cuarto de hora hasta efecto. Termínase con 5 ó 6 gránulos de yodhidrato de morfina. Es importantísimo hacer el diagnóstico diferencial entre el asma nerviosa y la de origen cardiaco cuyo tratamiento es enteramente diverso.

En los brígticos y urémicos la *dispnea bulbar* que depende del envenenamiento de la sangre, se requiere la dieta láctea, el lavado de la sangre y los gránulos de pilocarpina (10 gránulos, uno cada un cuarto de hora) y los demás medios para combatir la enfermedad primordial.

* * *

El dolor costal depende siempre de una neuralgía intercostal ó pleurofrénica, siendo sintomática de muchos y distintos estados morbosos. La dispepsia, las lesiones hepáticas ó intestinales lo originan con frecuencia. Un régimen alimenticio severo y apropiado bastan á menudo para curarlo.

Lesiones de la piel, de los huesos, tumores compresivos (aneurismas, quistes, cánceres, adenopatias, etc.), causan el dolor costal, que es asimismo el conocido síntoma de la neumonía, de la pleuresía, de la pericarditis, enfermedades que la percusión, la auscultación y otros signos revelan con facilidad.

La neuralgía intercostal idiopática, que se distingue de la pleurodinia por sus 3 puntos clásicos de exasperación paroxistica, vertebral, costal y externo-costal, neuralgía común entre los fumadores, necesita los revulsivos, yoduros y trinitrina. El Dr. Monin aconseja la asociación de los gránulos de aconitina, gelsemina é hidroferrocianato de quinina. Nosotros hemos empleado con muy buen éxito los Grán. Comp. «Antineurálgicos» de Ch. Chanteaud, racional asociación de Valerianato de quinina, Hiosciamina y Bromhidrato de morfina.

Para los dolores inter-escapulares y sub-claviculares de los tísicos, por neuritis y pleuritis localizadas, recomienda las ventosas secas ó escarificadas, las compresas de alcohol y la aplicación *loco dolenti* de «Salicilato de methilo, 30 gramos; Tintura de capsicum—20 gramos y Gayacol sintético—5 gramos. Mignon y Bloch. atribuyéndolas á adherencias ó focos de congestión, recomiendan la inmovilización del tórax con aparato *ad hoc.*

El *zona* es á menudo precedido de dolores torácicos; al interior *codeína* y *gelsemina;* al exterior vaselina con óxido de zinc y dermatol con talco expolvoreado encima.

El alcohólico padece dolores costales en la base de los pulmones, en la punta de los omóplatos, en las falsas costillas á la derecha y esternales. El Sedlitz Ch. Chanteaud (diariamente, una cucharadita) la dieta láctea, 6 á 8 gránulos de arseniato de estricnina al día y algunos de bromhidrato de morfina al acostarse, triunfarán de este epifenómeno de la intoxicación ethílica.

* * *

Hasta aquí el Dr. Monin. Agreguemos ahora algunas reflexiones sobre lo anterior.

Sobre la dispnea del asma nerviosa diremos que á nuestro juicio y como otras vez lo hemos afirmado ya, ningún agente terapéutico obra mejor que la *Hiosciamina*. A ella tenemos la costumbre de agregar el bromuro de alcanfor y algunas veces la lobelina, durante el acceso; pero la asociación de los dos primeros, como tratamiento preventivo y curativo, es lo mejor que conocemos contra esta rebelde enfermedad. Varios y recientes éxitos pudiéramos citar en apoyo de esto.

En la bronquitis crónica con dispnea al sulfhidral, aconsejado justamente por Monin, agregamos siempre el Nitr. de Pilocarpina (1 gránulo cada hora) cuya acción sobre los bronquios secunda la accion del sulfuro del cálcium.

Respecto del tratamiento del dolor costal cuando sobreviene por tumores: aneurismas, quistes, cánceres, no indicado por el autor del artículo extractado, compréndese que sólo puede ser paliativo. Poco logra sobre él la medicación interna que no domina la causa, teniendo entonces que reunirse á las aplicaciones narcóticas externas, la morfina ó la heroína en inyecciones subcutáneas.

En la pleurodinia obtiénense buenos resultados cuando á la medicación externa ligeramente revulsiva y á los gránulos de aconitina y gelsemina indicados por Monin, se añade la Antikamnia, buen analgésico.

En la medicación de los dolores costales que aquejan á los tuberculosos, y como un complemento de la aceptada en esos casos para combatir tan terrible mal, puede recurrirse á la codeína y á la cicutina, que proporcionan la sedación de ese padecimiento.

DR. E. L. ABOGADO.

EL TLACOXILOXOCHITL

CALLIANDRA GRANDIFIORA (IMPROPIAMENTE PAMBOTANO).

NOTA DEDICADA AL SR. DR. ALBERTO SALIVÁS.—PARÍS.

En el número anterior de esta publicación, págs. 234 y 235, insertamos un pequeño artículo con motivo del elogio hecho por el Dr. Salivás del Pambotano, medicamento que, como allí asentamos, nos ha sido casi desconocido, á pesar de ser oriunda de nuestro suelo la planta que le ha dado origen. Pero una vez publicado, hemos hallado las observaciones clínicas, cuya falta lamentábamos y que nos obligan á rectificar lo asentado, ó más bien dicho, á suministrar los datos que existen en la literatura médica nacional, pues nosotros nos abstuvimos allí de emitir opinión alguna en pro ó en contra del febrífugo recomendado.

El Sr. Dr. D. José Terrés, erudito Profesor de Patología Interna de la Escuela Nacional de Medicina y uno de los Profesores del Instituto Médico Nacional, en la Primera Parte de los «DATOS PARA LA MATERIA MÉDICA MEXICANA,» publicada en 1894 por dicho Instituto, contribuyó á esa utilísima recopilación de estudios sobre las plantas del país, con un trabajo sobre el «*Tlacoxiloxochitl*» (Leguminosas.)

De este opúsculo bastante extenso y bien acabado que sentimos no reproducir por falta de espacio, tomamos solamente algunos datos apuntando la existencia de ese estudio para el que desee conocer todos los detalles relativos á dicha planta, sus caracteres botánicos, la descripción de la droga, la composición química, los análisis comparados de Villejean, Bocquillon y Chapoteaut, de D. José Hesles y del hecho en el Instituto, por los Sres. Dr. F. Altamirano y Profesor F. Río de la Loza, sus efectos fisiológicos, y por último, su acción terapéutica. A este trabajo acompaña una lámina litográfica colorida.

Nosotros comenzamos por anotar que la denominación «PAMBOTANO» no pertenece á la planta sino á las preparaciones que con ella hizo el Sr. General de la Barra, cuya elaboración, energía, etc., nos son desconocidas. Dicho señor, se reservó el derecho de hacer uso de esa denominación derivada del griego (PAN, *todo*, BOTANÉ, *planta*), en la cual se quiso, sin duda, significar la composición únicamente vegetal de la droga.

Los efectos fisiológicos del glucósido denominado *caliandreina*, y estudiado por el Sr. Dr. M. Toussaint, y que produce á dosis superior á 90 centigramos la muerte de perros de 6 á 7 kilogramos, son: vómitos, evacuaciones serosas abundantes, postración hasta el colapsus y la muerte. La eliminación parece hacerse por el hígado y el riñón. El examen necroscópico hace suponer un envenenamiento semejante á la septicemia, aunque no se hallaron bacterias en los órganos ni en la sangre. La inyección de 20 centigramos de *caliandreina* mata, produciendo un foco purulento necrótico en el lugar de la inyección.

Respecto de su acción terapéutica, existen grandes divergencias. Valude y Poirson llegan á considerar este medicamento como superior á la Quinina; Dujardin-Beaumetz y Roussel le conceden virtudes febrífugas reales pero inferiores á la Quinina, y los Dres. Lobato, Bandera, Campuzano, Blázquez y Ocampo, de México, opinan lo mismo que los Dres. Dujardin-Beaumetz y Roussel. En los 17 enfermos á quienes se aplicó en forma de Extracto fluido acuoso, Extracto seco y en cocimiento (160 gramos de la planta y 500 de agua, reducida por ebullición á la mitad) fracasó siempre, por lo cual se llegó á la conclusión de que *la Calliandria grandiflora no es un medicamento antipalúdico.* Así pues, sólo observaciones ulteriores podrán decidir, cuándo y en qué condiciones es útil y aplicable el *Tlacoxiloxochitl* como febrífugo.

La dósis máxima á que se ha llegado es de 120 gramos de la planta al día, corteza la mayor parte, pero por sus efectos se aconseja sea manejada con prudencia.

El glucósido no se ha estudiado aún suficiente y clínicamente.

DR. E. L. ABOGADO.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Manual de Partos para uso del estudiante en Medicina y de la Comadrona, por el Dr. F. Vidal Solares de las facultades de Madrid y de París, antiguo interno por oposición de la *Clínica de Partos* de París. Fundador y Director técnico del *Hospital de niños pobres de Barcelona*, etc., etc. Séptima edición.

Obra útil además á toda mujer en cinta para combatir las indisposiciones que se presentan durante la gestación, parto y puerperio.

La nueva edición contiene 200 figuras intercaladas en el texto y 470 páginas, cuyo índice es el siguiente:

Primera Parte.—Anatomía de la pelvis.—Articulaciones de los huesos de la pelvis.—De la pelvis considerada en conjunto.—Organos genitales externos. —Cambio de textura y nuevas propiedades del útero grávido.—De los diversos métodos de exploración obstetrical.

Segunda Parte.—Del embarazo y signos que le caracterizan.—Higiene de la mujer embarazada.

Tercera Parte.—Higiene del parto.—De la presentación del vértice—Fenómenos mecánicos del parto en la presentación de la extremidad pelviana y en la de espalda.—Del alumbramiento.—De la versión practicada por manipulaciones externas.—Vicios de conformación de la pelvis.—Estado puerperal fisiológico.—De los entuertos.—De los loquios.—De la secreción láctea.

Cuarta Parte.—Cuidados que requiere la mujer después del parto.

Quinta Parte.—Embriotomía.—Sinfisiotomía.

Sexta Parte.—Patología del embarazo.—Trastornos de la digestión, de la circulación, de la inervación, de las secreciones.—Enfermedades de la vulva y cuello utérico.—Enfermedades de la piel.—Septicemia puerperal.—Del aborto.

Véndese á 8 pesetas el ejemplar en las principales librerías y en la Administración de la CRÓNICA MÉDICA MEXICANA, Plaza de San Juan, núm. 17.

Para pedidos de más de 15 ejemplares, dirigirse al autor, calle del Paseo de Gracia, núm. 86, principal. Barcelona (España).

NECROLOGIA

EL SR. DR. D. JUAN N. CAMPOS.

El día 1º de Agosto, próximo pasado, falleció en Toluca, el estimable facultativo con cuyo nombre encabezamos estas líneas, y del cual hemos obtenido, aunque tardíamente, los datos biográficos siguientes, que insertamos como un tributo de afecto á la memoria del finado.

El Sr. Dr. Juan N. Campos, nació en Toluca, capital del Estado de México, el día 14 de Mayo de 1851, siendo sus padres, el Sr. Juan Campos y la Sra. Gila Mello.

En 1858 comenzó sus estudios escolares, ingresando al Instituto Literario del Estado en 1863, en calidad de alumno externo, concluyendo su curso preparatorio en 1866.

Al año siguiente, paso á la capital de la República á estudiar medicina, haciéndolo bajo la dirección de los Sres. Dres. Jiménez, Lucio, Barreda, etc., y con notable aprovechamiento; presentó su examen profesional en 4 de Diciembre de 1873, y como tesis inaugural, un «Estudio comparativo de las razas indígena y criolla,» siendo aprobado por unanimidad de votos.

Inmediatamente que recibió el título facultativo, pasó á establecerse en su ciudad natal, en la cual, con su dedicación y constancia en el trabajo y estudio, pronto se formó una numerosa clientela, compuesta de todas las clases sociales.

Las notables aptitudes profesionales del Sr. Dr. Campos, no podían pasar desapercibidas para el Gobierno, y en consecuencia, fué nombrado miembro fundador del primer Consejo de Salubridad, en calidad de Secretario, corporación que se instaló el 15 de Mayo de 1881. Por circunstancias especiales, esta agrupación científica hizo renuncia de su cargo en Octubre del mismo año.

Ya constituído el Consejo en la forma que actualmente tiene, fué el Sr. Dr. Campos nombrado para ocupar la Presidencia de este Cuerpo, por renuncia que hizo el facultativo que ocupaba esta plaza, D. Eduardo Navarro, el 8 de Mayo de 1890, cargo que conservó hasta su muerte.

Sus trabajos científicos fueron los siguientes: en el periódico denominado «Memorias de la Sociedad Médico Farmacéutica de Toluca,» publicó dos artículos en 1875, el primero, sobre «Un caso de aneurisma aórtico» y otro que tituló «Ligeros apuntes sobre el tratamiento de la dispepsia;» en 1892, un estudio en colaboración con otro de los miembros del Consejo, acerca de «El Paludismo en Toluca y su tratamiento,» trabajo que se presentó á la Asociación

Americana de Salubridad Pública que se reunió en México, en Noviembre de 1892; este trabajo fué traducido al inglés y publicado en el periódico médico «The Sanitarian,» perteneciente á Marzo de 1893. En el «Boletín de Higiene,» y en colaboración también con otro Vocal, publicó un trabajo sobre «Letrinas y Atarjeas.»

Concurrió como Delegado á los Congresos Médicos, celebrados en San Luis Potosí y Guadalajara, y al que tuvo lugar en la ciudad de Minneápolis, en los Estados Unidos, en Octubre y Noviembre de 1899, en el cual presentó un trabajo que denominó «Breves apuntes sobre el artritismo en la Mesa Central,» que también se tradujo al inglés.

Como filántrópo intervino en la creación y fundación de las instituciones siguientes:

Asociado á varios particulares, en 21 de Marzo de 1888, estableció la Sociedad de Socorros Mutuos, que aun subsiste.

Con la cooperación del Gobierno, instituyó en 15 de Septiembre de 1891, el Banco del Mercado, benéfico no solamente para los comerciantes en pequeño sino para otras muchas personas.

Fué electo diputado en 1894, y á su iniciativa se debe la expedición de la ley de vacunación obligatoria en el Estado, y en virtud de la cual se fundó la Escuela de Obstetricia en aquella capital.

El Dr. Campos padecía desde jóven una afección cardiaca, un estrechamiento aórtico, la cual desde hace tres años se le exacerbó notablemente, concluyendo con su existencia el dia 1º de Agosto del presente año á la una y cuarenta minutos de la tarde.

En las primeras horas del día 2 una comisión de médicos sacó el cadáver de la casa habitación del Doctor y lo transladó al Palacio Legislativo, donde permaneció hasta momentos antes de verificarse el sepelio, el cual se efectuó á las once y media de la mañana. Poco antes de sacar el cuerpo de este recinto, el diputado Sr. Dr. Ignacio Guzmán, á nombre de la H. Legislatura, pronunció un sentido discurso; ya al borde de la fosa hicieron uso de la palabra los los Sres. Dr. Everardo Molina, que habló á nombre del Consejo de Salubridad; el Dr. Juan de Dios Montero á nombre del Cuerpo Médico, y el Dr. Carlos Chaix, en una sentida alocución, se despidió del compañero y del amigo.

La Crónica Médica Mexicana lamenta la pérdida de uno de sus estimados Jefes de Redacción, que con benevolencia y afecto y desde sus primeros pasos, le prestó su apoyo y cuya competencia, honorabilidad y rectitud, fueron siempre estimadas por la Sociedad en cuyo seno vivió. ¡Paz á sus restos y honor á su memoria!

La Redacción.

NOTAS

LA GENESIS DEL CRIMEN EN MEXICO.

Recomendada calurosamente esa obrita del ilustrado Sr. Lic. D. Julio Guerrero, hemos comenzado su lectura desde luego, encontrando en ella un método, una claridad y un orden que hacen verdaderamente ameno el estudio de esa cuestión, importantísima bajo cualquier punto de vista que se le considere.

Más tarde acaso podremos dar á nuestros lectores una idea aunque concisa del plan de la obra y sus tendencias y corolarios; por hoy nos limitamos á felicitar á su estudioso autor y llamar sobre ella la atención de los hombres pensadores, y amantes de dilucidar las causas de ciertos fenómenos que hemos visto ó vemos verificarse en el seno de nuestro organismo social.

LAS AGUAS DE TEHUACÁN.

Hemos recibido un folleto escrito por nuestro estimado y estudioso amigo el Sr. Dr. D. Eduardo Armendáriz, sobre esas aguas, que van cada día obteniendo mejor crédito en el tratamiento de algunas afecciones hepáticas, principalmente de la coletiasis. Sin tiempo para hacer el análisis de este concienzudo trabajo, nos limitamos á felicitar á su autor y á manifestarle que, además de los casos allí citados, conocemos algunos otros habiendo aludido ya á varios casos personales en las columnas de esta misma publicación.

EL SR. DR. D. FEDERICO RUBIO Y GALI Y EL SR. DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE.

Ya en prensa el presente número y enteramente arreglado y formado el material, hemos recibido la prensa médica de España en que se da cuenta del fallecimiento del Excmo. Sr. Dr. D. Federico Rubio y Gali, y ha ocurrido la muerte, el 23 del mes que acaba de finalizar, del distinguido y respetado Director y Profesor de la Escuela Nacional de Medicina, el Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle.

Sin espacio para rendir un tributo de respeto á la memoria de las dos egregias personalidades cuya pérdida lamenta la Ciencia Médica, hemos preferido dejar para el número próximo la tarea de consagrarles algunas páginas á esos dos sabios é infatigables luchadores, que tras una jornada laboriosa y utilísima para la Humanidad acaban de pagar el ineludible tributo á la Madre Naturaleza.

Hoy, por consiguiente, nos limitamos á expresar el pesar profundo con que hemos recibido la noticia de acontecimientos tan legítimamente lamentables no sólo para los deudos de los finados y amigos ó discípulos de ambos maestros, sino para la sociedad entera que de su saber beneficiaba y para la Humanidad entera que ha perdido dos personalidades de gran talla y dos apóstoles meritísimos de la hermosa Ciencia de Curar.

SUMARIO.

TOMO. V MÉXICO, DICIEMBRE 1° DE 1903 NÚM. 12.

CRONICA MEDICA MEXICANA

REVISTA DE MEDICINA, CIRUGIA Y TERAPEUTICA

(ESPECIALMENTE ALCALOIDOTERAPIA Y SEROTERAPIA)

—Y—

ORGANO DEL CUERPO MEDICO MEXICANO.

DIRECTOR PROPIETARIO

DR. ENRIQUE L. ABOGADO.

Miembro correspondiente de la «Société Obstetricale de France, París» y honorario de la «Société de Thérapeutique Dosimétrique de París.»

HOMENAJE DE RESPETO

A LA MEMORIA DE LOS GRANDES APÓSTOLES DE LA CIENCIA MÉDICA.

DR. D. FEDERICO RUBIO Y GALI

(Madrid.—Agosto 30-1827.—Agosto 31-1902)

Y

DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE

(México.—Marzo 3-1831.—Octubre 23-1902)

EL SR. DR. D. FEDERICO RUBIO Y GALI.

El día 31 de Agosto próximo pasado, á las 7 a. m., y á consecuencia de un síncope cardiaco por lesión de origen reumático, falleció en Madrid el Sr. Dr. D. Federico Rubio y Galí, una de las más legítimas y conspicuas eminencias médicas con que justamente se ha enorgullecido España.

El 30 de Agosto de 1827 nació el Dr. Rubio en el Puerto de Santa María, provincia de Cádiz, y tras brillante carrera en que lucieron los primeros fulgores de su genio, á los 23 años de edad, en Junio de 1850, recibió por unanimidad el grado de Licenciado en Medicina y Cirugía, comenzando desde entonces la ruda labor que había de conquistarle en plazo no muy largo reputación, cariño y respeto de una generación entera y veneración de las succedáneas.

En los datos biográficos que conocemos revélase desde luego que D. Federico vino al mundo con abundante equipo de dotes y aptitudes para salir triunfante y airoso en el combate de la vida. De arrogante figura, alto, esforzado y ágil sobresalía tanto en los ejercicios corporales como en el cultivo y desarrollo de su gran inteligencia.

Con tan raras cualidades, desde su época de escolar pudo proporcionarse

medios de subsistencia que bastaron para sostenerle y aun sostener á su familia. Fué en aquella época un profesor de esgrima que superó á todos los de su época y era á la vez un disector de habilidad tan extremada, que merecía siempre el incondicional aplauso de sus maestros. Recuérdase aún que entonces ganó una apuesta, una cena cordial y bulliciosa, por haber ejecutado la ligadura de la arteria sublingual *con los ojos vendados.*

El Dr. Rubio, sin embargo, tuvo sus quebrantos y amarguras. El Dr. D. Ramón de la Sota y Lastra, actual decano de la Facultad de Medicina de Sevilla, refiere el hecho siguiente que á la letra transcribimos:

«Habiéndose Licenciado el año de 1850, pasó á Sevilla para hacer oposición á la plaza de primer Cirujano del Hospital Provincial. Pocas veces se habrán reunido hombres de tanto mérito en demanda de un puesto tan mal recompensado. Ariza, Lasso, Limón, Rubio y otros varios, hicieron magníficos ejercicios, pero los de Rubio sobresalieron; y como se sabía que la plaza, según suele suceder, estaba comprometida antes de empezar los actos, éstos despertaron gran curiosidad y la mayor parte de la Sevilla Científica acudió á presenciarlos.

Tocóle á Rubio la desarticulación escápulo-humeral, y la hizo en menos tiempo del que se necesita para nombrarla.

El que iba á ser y fué agraciado tuvo que hacer la desarticulación tarsometatarsiana. Dejó el quinto hueso del metatarso y se llevó las tres cuñas; y al oír que su coopositor le decía, que en vez de una operación quirúrgica había hecho una carnicería, exclamó: «Me ha tocado la operación más difícil de la cirugía y á Rubio la más fácil:» Y como algunos de los jueces asintieran con un movimiento de cabeza, Rubio al día siguiente desarticuló el pie con un cortaplumas en tan corto tiempo, que no pudieron impedirlo los que al ver á Rubio coger el pie del cadáver, comprendiendo lo que iba á hacer, lo atropellaron gritando: *eso está prohibido*, á lo que replicó Rubio: *pero ya está hecho*. ¡Qué responsabilidad la de aquellos jueces y la de aquellos magnates que tan mal se condujeron proclamando primer cirujano del Hospital de Sevilla á quien no lo había merecido! Entonces juró Rubio no volver á hacer oposiciones y otros varios juramos también no hacerlas nunca.»

Aquella oposición, sin embargo, consolidó su crédito profesional, y desde entonces tuvo en Sevilla gran clientela y general aceptación. Como eximio cirujano fué él quien introdujo en España la ovariotomía y en general las operaciones de vientre que son uno de los más hermosos triunfos de la Cirugía contemporánea. Tropezó por ello con censuras y malevolencias, pero sus éxitos notables confirmaron su valer.

De nobles aspiraciones y en busca de un campo más extenso para lograr el bien colectivo, sedújole por desgracia la política, que le acarreó disgustos, agotó sus recursos, y destruyó su tranquilidad haciéndole emigrar á Londres. Allí, sin embargo, dedicóse á la *Histología* cuyo estudio introdujo en España a su regreso.

Cuando la soñada República hizo su advenimiento, el Dr. Rubio volvió á Londres como Embajador, aprovechando su posición oficial para ampliar sus conocimientos y utilizar las enseñanzas y prácticas de los grandes maestros y cirujanos de ese país.

Terminada su misión se trasladó á la América, visitó los Estados Unidos y regresó á su patria, estableciéndose definitivamente en Madrid. Divorcióse entonces de la política dedicándose á hacer fructificar el inmenso caudal de

conocimientos que poseía y, aunque oficialmente no fuese profesor de la Facultad, encontró bien pronto oportunidad para ello, gracias á la protección de la entonces Princesa de Asturias y hoy Infanta Doña Isabel. En el *Hospital de la Princesa* fundó su «INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA,» y en él fueron ejecutadas y enseñadas por tan habilísimo cirujano las intervenciones más audaces de la cirugía moderna, las trepanaciones y craniectomías, la extirpación de la parótida, de la lengua y de la laringe, la del bocio, la gastrotomía, la enterotomía, la nefrectomía, las desarticulaciones de los maxilares, la paracentésis del pericardio. y en suma, las operaciones todas más atrevidas y que exigen mayores conocimientos y más reconocida destreza. En cinco volúmenes ó *Reseñas anuales* de aquel Hospital, encuéntrase la historia de esa labor colosal que significó nada menos que la introducción é implantación de la Cirugía Moderna en España. Tal ha sido una de las grandes obras llevadas á feliz término por el hombre genial cuya pérdida lamentamos hoy. Nombrado miembro de la Real Academia de Medicina de París, allí habló brillantemente sobre la hemostasia en las operaciones quirúrgicas, y poco tiempo después, premiándose su indiscutible mérito, fué nombrado miembro honorario de la Real Sociedad de Cirujanos de Londres, distinción obtenida tan sólo por las grandes eminencias.

La historia del ilustre reformista, del sabio maestro que en la tierra española deja una simiente fecunda de progreso y el ejemplo palpitante de su vida como alentador estímulo de la generación médica actual, en la que existen ya hombres de gran valer, no cabe sin duda en los estrechos límites de un artículo que sólo tiene por objeto rendir un tributo de veneración, de respeto y admiración al gran médico, al filántropo incomparable, al luchador perpetuo, al publicista constante y abnegado, al hablista correctísimo cuyas producciones han sido universalmente saboreadas.

No debemos, sin embargo, pasar en silencio las dos últimas producciones de la perseverante actividad y robustas energías del Dr. Rubio, la fundación del INSTITUTO QUIRÚRGICO DE LA MONCLOA y la creación de la «REVISTA IBERO AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS,» publicación que en breve tiempo ha podido colocarse entre las más notables de las existentes hoy en el mundo entero, bastante conocida y estimada entre nosotros.

El erudito y anciano profesor, por todos reconocido como el patriarca de la cirugía española, por todos querido y respetado, fué naturalmente el alma del *Instituto Científico* en donde se han llevado á cabo operaciones y trabajos de grande importancia y mérito; *Instituto* que perdurará sin duda alguna sintiendo siempre su atmósfera saturada del cariño que le consagrara su ilustre fundador.

La «*Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*» guarda entre sus páginas las últimas lecciones y los últimos escritos del Maestro, escritos en los cuales se encuentra una dicción fácil y característica, una asombrosa claridad en la exposición y desarrollo de las ideas, una sagacidad notable que exhibe al consumado clínico, una honradez laudabilísima para establecer los límites de sus conocimientos, señalando las fronteras de lo ignorado y un método pedagógico especial para dejar impresas en la memoria del oyente ó del lector las enseñanzas que propónese transmitir.

Y para que nada falte en las obras de D. Federico, adviértese en muchas de ellas al sociólogo profundo que aprovecha las oportunidades de analizar y puntualizar las deficiencias, debilidades ó defectos del medio social moder-

no. Pensador sereno y dotado de un profundo sentido práctico de la vida, siempre se advierte en sus observaciones el criterio inflexible, severo y justo que le sirviera de guía en su fructuosa jornada.

Pagando el ineludible tributo se ha perdido en el lóbrego occidente de la muerte una existencia por mil títulos útil á la humanidad, la de un altruista de corazón cuyos ideales fueron siempre levantados. Para demostrarlo, vamos á terminar este breve artículo consagrado á su memoria, con las hermosas frases que brotaron de su pluma á principios del año de 1899, con motivo de su última creación, de la *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas.*

«No nos proponemos honra ni provecho propio. Rayando en la senectud, cansados y cercanos al descanso eterno, acometemos una empresa costosa para nuestros escasos medios, con un fin exclusivamente patriótico: empujar nuestra raza de aquí y de más allá de los mares en el camino de la investigación de la Ciencia, ó lo que es lo mismo, de la mayor y mejor distribución de sus beneficios.

«Nos hemos quedado atrás con respecto á otros pueblos y razas. Necesitamos por eso salvar pronto las distancias, trabajar más y correr más.

«Doy el ejemplo por el poco tiempo que me queda. ¡Benditos, si pasáis hacia adelante por encima de mi cuerpo muerto; indignos, si seguís entumecidos viviendo sólo para estar quietos y ver pasar á los demás!»

Hombres que tan alto piensan, que tan hondo sienten y que tan buenos son, no deberían morir jamás.

DR. E. L. ABOGADO.

EL SR. DR. D. MANUEL CARMONA Y VALLE.

Del mismo modo que el cuerpo Médico Español, en la persona del distinguido Sr. Dr. D. Federico Rubio, la Facultad Médica Mexicana acaba de perder una de sus personalidades más ilustres y distinguidas con la muerte del Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle, durante muchos años Director de la Escuela de Medicina de México.

Una vida consagrada al estudio desde sus más tiernos años, una labor tenaz, jamás interrumpida y altamente provechosa para el prestigio de la ciencia médica de nuestro país, un magisterio tendiendo á perpetuar en la nueva generación el tesoro de conocimientos y experiencia clínica del maestro, un amor inagotable á la ciencia por la ciencia misma y por la humanidad, que es el amor del verdadero sabio, siempre despierto y siempre investigando en el modesto recinto del gabinete, una conciencia honrada y atenta siempre al cumplimiento del deber, y una honorabilidad intachable conquistando la estimación y el respeto de la sociedad entera, pueden sintetizar en breves frases la historia del varón ilustre que acaba de entrar al severo reposo de la tumba teniendo orlado su occidente con los fulgores de un astro que llega hasta él con la luz esplendorosa que alcanzara en su zenit.

* * *

El Sr. Dr. D. Manuel Carmona y Valle, nació en Querétaro el 3 de Marzo de 1831, y con un lucimiento que auguraba el culminante lugar que debía obtener más tarde, hizo en México su carrera, habiendo ingresado á la Escuela

Nacional de Medicina á cursar el sexto año preparatorio, el día 3 de Enero de 1849, á la edad de 17 años y sustentando un brillante examen profesional, en el cual fué aprobado por unanimidad los días 4 y 5 de 1854.

Poco tiempo después de recibido, ignoramos la fecha exacta, fué á Europa, en donde se dedicó al estudio de la Fisiología con el distinguido Fisiólogo Brown Séquard. Dispuesto y bien pertrechado para la lucha en las honrosas lides intelectuales, regresó á México, y el día 8 de Agosto de 1866 obtuvo la clase de Profesor adjunto de Fisiología, en competencia con el que fué también un astro de primera magnitud en la constelación de médicos mexicanos, con el Dr. Lavista. Ese notable concurso se verificó en la Escuela los días 6 y 8 del citado mes de Agosto.

Luchador incansable, pretendió la clase de Profesor de Clínica Externa, que también obtuvo por unanimidad el 17 de Abril de 1869, en lucida oposición, que tuvo lugar en el mismo Establecimiento, los días 9, 10 y 11 del mismo mes, desempeñando varios años esa clase, demostrando en ella sus amplios conocimientos y su habilidad quirúrgica, así como las relevantes cualidades con que estaba dotado para el magisterio.

A la muerte del Dr. D. Miguel Jiménez, otro de los clínicos admirables que ha poseído el cuerpo médico mexicano, el día 10 de Diciembre de 1877 ocupó la clase de Clínica Interna para quinto año de Medicina, que desempeñó casi hasta su muerte, coronando en ella la justa reputación conquistada en su largo profesorado; pues su método intachable, su claridad maravillosa en la exposición y el orden lógico que en todas sus lecciones ó conferencias descollaban, han dejado un recuerdo imborrable en el numeroso grupo de médicos que de sus labios recibieron sapientísimas enseñanzas.

Esta clase fué la única que sin oposición fué por él desempeñada á pesar de haberla solicitado, pues el Gobierno consideró indebido poner á prueba la primacía que por unanimidad, universalmente, le era por todos concedida.

Una personalidad de esos tamaños tarde ó temprano debía regir los destinos del Plantel que había beneficiado de todo su valer y á quien consagrado había todo su afecto. En Abril de 1886, á propuesta de la Junta de Catedráticos del mismo plantel, fué nombrado Director de la Escuela Nacional de Medicina, puesto que desempeñó hasta su fallecimiento, procurando hasta donde le fué posible cumplir con los difíciles deberes impuestos por tan difícil cargo.

El Dr. Carmona desempeñó honoríficas comisiones ocupando puestos distinguidos, para los cuales, no el favoritismo sino su propio é indiscutible mérito, le designaban siempre.

Fué Presidente del primer Congreso Médico Mexicano, y del segundo Congreso Pan Americano reunido en México. Concurrió al Congreso Internacional de Medicina verificado en Roma, presidiendo una de sus Sesiones. Fué asimismo como Presidente de la Comisión de Médicos delegados al Congreso de Medicina verificado en Moscow y estuvo también con igual objeto en Washington.

No tenemos desgraciadamente todos los datos necesarios para hacer el índice bibliográfico de todos los trabajos y producciones de su fecundo genio, de su vasta erudición y de su paciente laboriosidad. Para ello es preciso revisar con escrúpulo la colección entera de la «Gaceta Médica» órgano de la Academia Nacional de Medicina de México, corporación de la cual fué miembro distinguidísimo y cuya Presidencia ocupó varias veces, trabajando siem-

pre con inaudito afán por su engrandecimiento y prestigio. También sería preciso consultar otras distintas publicaciones médicas del país en que también constan trabajos suyos. Entre otros muchos trabajos y disertaciones existen los siguientes: «Influencia de la Médula sobre la distribución del calor animal.» «Tratamiento quirúrgico de las úlceras.» «Tratamiento de las heridas contusas por la sumersión de los miembros en agua hervida.» «Mecanismo de la acomodación.» «Abscesos hepáticos; naturaleza del pus.» «Estudios sobre el Beriberi.» «La hepatitis intercelular.» «La polineuritis y su tratamiento.» «Trabajos y Estudios bacteriológicos sobre la Fiebre Amarilla.» «Lecciones de Clínica Médica,» etc.

El día 23 del pasado Octubre, en el Hospital de Jesús, del cual fué acertado Director, víctima de una Flebitis, se extinguió por fin la existencia del ilustre decano de la Facultad Médica Mexicana.

He aquí en breves palabras, pues el presente artículo no tiene en manera alguna el carácter de una biografía, lo que fué entre nosotros la eminente personalidad que acaba de desaparecer, dejando un vacío bien difícil de llenar en el Profesorado, en el Cuerpo Médico y en la Sociedad.

Y si en el terreno científico ocupó el Dr. Carmona y Valle un puesto distinguidísimo como médico de saber sólido y profundo, y por ello es tan verdaderamente lamentable su eterna ausencia, es también digna de llorarse, como con toda justicia lo afirmó el Sr. Dr. Mejía ante el cadáver del venerable Maestro, porque la muerte hizo desaparecer á un hombre de conciencia pura y recta, de intachable honradez y principios morales inflexibles.

La noticia de su fallecimiento, casi inesperado despertó una nota de dolor general en toda la sociedad mexicana, en el seno de la cual había salido captarse general simpatía. De la generación médica actual parte muy considerable, recibió sus sabios consejos, pudo estimar su sagacidad clínica y el tesoro de conocimientos que poseía, y al mismo tiempo tuvo oportunidad de apreciar sus cualidades y buenos sentimientos, que velaba alguna vez, con su aspecto severo y reflexivo.

El ser material, el hombre, deleznable como todo lo finito, ha desaparecido para siempre, pero á nosotros y á nuestros pósteros queda su memoria, queda la huella de sus afanes y labores en pro de la Ciencia y de la Humanidad y queda asimismo el deber ineludible de honrar al obrero infatigable de la Ciencia que es sorprendido por la muerte en el curso de sus investigaciones todavía, al apóstol de una generación que enseña las rutas que conducen al saber, y al mismo tiempo enseña el camino del deber.

Con fundada razón debemos suponer que la Escuela de Medicina de México significará de algún modo su amor y su respeto á aquel que le consagró todas sus energías, toda su inteligencia y toda su buena voluntad.

La *Crónica Médica Mexicana* llora la pérdida del insigne Maestro y deposita sobre su sepulcro el tributo de cariño, de admiración y respeto que inspiran siempre los seres privilegiados, que aparecen sobre mezquino planeta con la misión sublime de hacer el bien.

¡Duerma en paz el inolvidable Maestro!

DR. E. L. ABOGADO.

SECCIÓN V.

UNA FORMA FRUSTRANEA DE ENFERMEDAD DE BASEDOW.

Cuando en la enfermedad de Basedow se presentan claros, aparentes, los tres síntomas cardinales: Bocio, exoftalmia y taquicardia, ninguna dificultad hay para el diagnóstico y siempre se establece éste con entera seguridad, más aún, cuando á los síntomas anteriormente anunciados, se agregan las perturbaciones motrices ó psíquicas que casi siempre acompañan al bocio-exoftálmico, ó que aparecen en un período avanzado de su evolución. Las dificultades comienzan cuando está uno en presencia de una forma frustránea, en la que tiene que establecerse el diagnóstico, ya sea por eliminación ó bien directamente; pero después de la cuidadosa investigación de lo que se ha llamado «pequeños accidentes del *Basedowdismo,*» haciendo parangón con lo que el eminente Profesor Dieulafoy ha llamado «pequeños accidentes del *Brightismo.*» Las formas frustráneas que se presentan con mayor frecuencia son ya sea la falta del bocio ó bien de la exoftalmía, pero aisladamente, no faltando nunca la taquicardia; en cambio, son muy raras aquellas formas en las que faltan á la vez los dos síntomas que han dado nombre á la enfermedad: bocio y exoftalmía.

El caso que ha sido objeto de este pequeño trabajo es uno de esta última categoría, y presenta además algunas particularidades que se prestan á importantes consideraciones, por lo que lo he creído interesante.

* * *

Guadalupe Vera, de treinta y dos años de edad, cuya salud hasta estos últimos años ha sido excelente, ingresó hace dos meses á la enfermería que está á mi cargo, quejándose de dolores en las dos rodillas y en una de las articulaciones tibio-tarsianas. Hice el diagnóstico de reumatismo articular subagudo, sometiéndolo al tratamiento salicilado. Algunos días después se quejó de calentura, que sentía aún en el momento en que yo practicaba mi visita diaria; le puse el termómetro y este señaló 36°8 mientras el pulso latía 120 veces por minuto, volví á colocar el termómetro con todo cuidado y obtuve la misma indicación. Interrogué á Vera sobre la coexistencia de otros síntomas subjetivos y no acusó otro que la sensación de calor, sobre lo cual insistió, á pesar de decirle yo que no tenía calentura. De manera que por el momento no pude obtener más síntomas que taquicardia y sensación de calor interno, sin embargo de que el termómetro acusaba temperatura normal. El enfermo dice no haber sentido nunca palpitaciones ni nada extraño en la región cardiaca, fuera de alguna ansiedad al hacer algún ejercicio fatigoso. Quise observar á mi enfermo algunos días más y siempre el pulso latía como hasta hoy entre 120 y 130 veces en un minuto, con una temperatura que oscila entre 36°4 y 37°. Tenía desde luego eliminada la taquicardia paroxística y bien pronto me vino la idea de una manifestación frustránea de bocio-exoftálmico. Con esta idea hice un minucioso interrogatorio y busqué los síntomas concomitantes.

He aquí sus antecedentes ministrados por él mismo.

Procede de padres sanos y en concepto suyo vigorosos. El padre murió de tifo á una edad avanzada, y la madre vive aún, disfrutando de completa salud. Tuvo tres hermanos, dos hombres que murieron ya y una mujer que vive y parece sana. El hermano mayor murió de una enfermedad que de esta manera describe mi enfermo: después de una carrera desde el pueblo en donde vivía hasta la hacienda en donde trabajaba, sufrió un ataque que le hizo perder el conocimiento, durando así «un rato largo;» cuando volvió en sí «tartamudeaba» y más tarde «perdió el habla;» algún tiempo después se le paralizó el «brazo» izquierdo y la «pierna» derecha (no puede precisar la existencia de fenómenos paralíticos en la cara) y por último murió algunos meses más tarde en medio de un ataque de convulsiones.

El hermano menor una vez al levantar un fardo tuvo una epistaxis muy intensa, «quedando ciego, pero más tarde pudo recobrar la vista porque lo curaron un médico inglés y un médico mexicano de la Compañía minera del Real del Monte.» Más tarde «comenzó á hincharse» y llegó á tal grado el edema—supongo yo—que no podía abrir los párpados porque «amanecían los ojos muy hinchados.» Hace notar también que del lado por el que se acostaba «era más grande la hinchazón» y que al morir «tuvo como su otro hermano muchos temblores.»

Por lo que á él respecta dice que desde hace como ocho meses viene notando que los miembros inferiores «pierden su fuerza» y que al sentarse en una silla baja le «tiemblan las piernas;» que de poco tiempo acá padece «insomnio» y con frecuencia tiene «crisis de diarrea» que le duran un día ó dos y desaparecen repentinamente. Durante su infancia no sabe si ha padecido alguna enfermedad, pero sí está seguro de no haber sufrido alguna de importancia desde que tiene uso de razón.

Esto es lo que puede obtenerse por el interrogatorio. Pasemos al examen:

Los ojos no presentan el fenómeno de la exoftalmia, los movimientos del globo ocular se hacen en todos sentidos y siempre son sinérgicos; el párpado superior sigue los movimientos del globo ocular, no observándose por lo mismo el signo de Grœfe, como no se observan los signos de Sterling y de Mœbius (ausencia del parpadeo espontáneo y debilidad en el movimiento de convergencia); lo único que se nota es un temblor muy intenso en los párpados al aproximarlos, pero que desaparece cuando se cierran con energía.

En el cuello, por más minucioso que sea el examen, no se encuentran signos de hipertrofia de la glándula tiroides.

El pulso late entre 120 y 130 veces por minuto, no es arrítmico; pero sí está débil y sin diferencia en la pulsación de las dos arterias radiales. La punta del corazón late á dos centímetros abajo y adentro de la tetilla y se siente enérgico el latido en una extensión de tres centímetros. Los ruidos del corazón son normales; no se notan latidos en los vasos del cuello pero sí en el epigastrio.

Los temblores en las piernas aparecen cuando se sienta en una silla baja; en las manos, cuando las coloca en la posición del juramento ó cuando pretende llevarse lentamente á los labios un vaso lleno de líquido, siendo más notable el temblor á medida que más se aproxima al objeto que se le indica. Al escribir le tiembla la mano, y el temblor es más aparente cuando trata de hacer rasgos que adornen las letras y por lo mismo de tener más precisión en los movimientos. Los labios tiemblan ligeramente al hablar, y en general

se observan temblores fibrilares, siendo perfectamente apreciables en los pectorales. Las oscilaciones en todo caso no son rápidas, con excepción de las que, se manifiestan en los párpados.

De los otros síntomas pude observar el que ha sido llamado «signo de Luisa Bryon»[1] y que consiste en la imposibilidad de hacer inspiraciones forzadas. Este síntoma es perfectamente apreciable: cuando se ordena al enfermo hacer una inspiración forzada, se detiene bien pronto y le es imposible pasar de cierto límite, muy corto por cierto, por más que pugna por hacerlo. En su cara se ve retratada la ansiedad y cuando se detiene la experiencia se nota en él marcada satisfacción.

La diarrea paroxística la he observado varias veces: al principio la atribuí al tratamiento salicilado, pero llamándome la atención, que á pesar de su intensidad en muchos casos, desaparecía repentinamente de un día á otro. Más tarde, y cuando ya no ha tomado salicilato de sosa, se han presentado crisis diarréicas con el mismo aspecto que las primeras.

En el cuello y en la frente tiene manchitas de un color moreno obscuro y del tamaño de una cabeza de alfiler, rodeadas de una aureola morena de tinte claro.

Señalaré por último otros dos síntomas secundarios: el insomnio y la sensación de calor interno.

Las perturbaciones mentales se manifiestan por una tristeza profunda: el enfermo no habla con nadie, siempre cabizbajo, parece extraño á todo lo que le rodea. Solamente cuando yo le hablo se muestra expansivo, me cuenta sus desgracias, revelando un profundo sufrimiento; he notado, sin embargo, que su memoria no parece haber disminuído.

Por lo expuesto creo que Guadalupe Vera presenta una forma frustránea de enfermedad de Basedow. El temblor y la taquicardia, siendo los síntomas de capital importancia están acompañados de pequeños síntomas (el de Luisa Bryon, la sensación de calor interno, la diarrea paroxística, la debilidad de los miembros inferiores, las perturbaciones mentales y el insomnio) que si aislados no tienen importancia, reunidos sí, y más cuando son satélites de síntomas tan importantes como los enunciados en primer lugar.

***

El presente caso se presta á algunas consideraciones sobre la naturaleza de la enfermedad. No es el primero que he tenido oportunidad de observar: cuando cursaba quinto año de Medicina, estudiamos un caso semejante en la Clínica de mi querido maestro el Sr. Profesor D. Joaquín Rivero y Heras, y entre las observaciones extranjeras se encuentran casos de hipertrofia tiroidea apenas apreciable. Consideraciones importantes hay que hacer igualmente, sobre los tratamientos empleados para curar el bocio exoftálmico, que en estos últimos años han tenido por base la teoría que se profese sobre la naturaleza íntima de la enfermedad y que se dirigen por lo tanto, ya á la glándula tiroides ó bien al sistema nervioso.

Trousseau consideraba el bocio exoftálmico como «el resultado de una perturbación profunda de la inervación vaso-motriz;» «es una *neurosis de origen bulbar,*» dice Sée[2] y esta concepción admitida antes, casi por todos, y

1 Hammond, cit. por Teissier.
2 Dieulafoy-Pat. int.

aun hoy sostenida por algunos, tiene en su apoyo la coincidencia de varias perturbaciones de origen bulbo-protuberancial; la oftalmoplegia externa á la que suelen acompañar la parálisis facial, la del nervio hipogloso y la de la rama motriz del trigémino.

Una nueva teoría sugerida por Mœbius, [1] ha hecho depender el bocio exoftálmico de una alteración de la glándula tiroides, con exclusión de alteraciones nerviosas, ó bien aceptando éstas como consecutivas. Se ha hecho de esta manera la enfermedad de Basedow un sindroma producido, ya sea por una hipertiroidización ó bien por la secreción de una substancia tóxica la tiroprotoide de Notkine. Esta teoría se funda principalmente: 1º En la constancia de las alteraciones del cuerpo tiroides. 2º En la agravación de los síntomas, después de la ingestión de extracto tiroideo. 3º En la sucesión del mixedema á la enfermedad de Basedow, lo que indica una alteración total de la glándula; y 4º La posibilidad de que el bocio exoftálmico suceda al bocio simple (Lasvénes). A lo primero hay que objetar, que en algunos casos no hay alteración anatómica de la glándula, puesto que puede no existir la hipertrofia tiroidea y que en otros casos no está de acuerdo la insignificante hipertrofia con la intensidad de los otros síntomas; sin embargo, á esto podría decirse, que no es necesario la alteración anatómica, bastando solamente la perturbación funcional. Si esto se demuestra, la primera base de la teoría quedará en pie.

Al segundo fundamento hay que objetar la observación de Voisin,[2] que obtuvo excelentes resultados con la administración diaria de 7 á 8 gramos de glándula tiroide, y entre nosotros, en el número 16 del tomo X de la «Revista Médica,» órgano de la Sociedad de Medicina Interna, el Sr. Dr. E. F. Montaño, publicó «un pequeño artículo sobre «El tratamiento del bocio exoftálmico por las pastillas de extracto de cuerpo tiroide;» tratamiento seguido con éxito por él en varias enfermas.» [3]

Sin embargo, Dreyfus-Brisac y Beclére, encuentran este tratamiento peligroso porque expone al tiroidismo, y Tuffier ha publicado la observación de una enferma que creyendo tomar pastillas de Thymus las tomó de glándula tiroide y murió rápidamente con síntomas de tiroidismo agudo.

La tercera base, parte de un hecho perfectamente exacto, pues no solamente se ha observado el mixedema consecutivamente al bocio exoftálmico; sino que se ha visto á las dos enfermedades evolucionar juntas (Félix). [4]

Los partidarios de la teoría tiroidea se han dirigido naturalmente á esta glándula y han ideado diversas operaciones: la tiroidectomía, la exotiropexia y la ligadura de las arterias tiroideas. Esta última sin resultados apreciables ha sido muy pronto abandonada. La tiroidectomía practicada por primera vez por Watson, en Inglaterra, ha sido repetida en Francia por Dolbeau, Ollier y Tillaux, y ejecutada en varios casos por los cirujanos alemanes. Los resultados no han sido nada halagüeños; al lado de un caso de curación obtenido por Tillaux y de dos casos por Doyon, hay otros de Poncet, de Tuffier y de Jaboulay, en los que, ó se han agravado los síntomas, ó ha venido la muerte, en medio de síntomas terribles, inmediatamente después de la operación. Cosa semejante ha sucedido con la exotiropexia (caso de Poncet). La tiroidec-

1 Gastón Lyon-Clin. Terap.
2 Cit. por Dieulafoy.
3 Crónica Médica Mexicana. Tomo I. pág. 240.
4 Tesis de París, cit. por Dieulafoy.

tomía parcial ha dado menos fracasos. Heyudenreich[1] ha publicado una estadística sobre 61 casos, en los que se han obtenido los siguientes resultados: 50 curaciones ó mejorías, 4 muertos, 2 casos de tetania y 5 fracasos.

Los defensores del origen nervioso, han operado sobre el gran simpático (Jonesco, Reclus, Abadié, Faure, Gerard-Marchand, Chauffard y Quenu). Jonesco[2] ha practicado la resección bilateral del «simpático cervical» y Quenu ha repetido la misma operación. Casi todos están de acuerdo en que si acaso se obtienen mejorías éstas son pasajeras y que más tarde los síntomas vuelven aunque con menos intensidad.

Por el contrario, la sugestión cuenta con un curioso caso de curación, relatado por Pengrueber: [3]

Una señora, enferma de bocio exoftálmico, pide con insistencia la operación: se le coloca en la mesa de operaciones, se le duerme con cloroformo, *sin operación alguna*, se le pone un apósito en el cuello, y al despertar, se le dice que ha sido operada. Algunos días después desaparece el bocio, la taquicardia y todos los demás síntomas!

Todo esto ha producido una notable tendencia á considerar la enfermedad de Basedow como el producto de perturbaciones mixtas, abandonando las teorías exclusivistas y colocando unos síntomas bajo la dependencia de alteraciones nerviosas, y otros como el resultado de las alteraciones tiroideas.

Bácum, Sonora, Octubre de 1902.

DR. FERNANDO OCARANZA.

1 Semaine Médicale, 1895.
2 Congrès de Chirurgie. 1896.
3 Cit. por Gaston Lyon. Loc. cit.

SECCION VI.

Sala núm. 5.—Hospital de San Andrés.—México.

ESTADISTICA DE LAS OPERACIONES EFECTUADAS

EN EL

SERVICIO DE CIRUGIA DE MUJERES

CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1902.

Director de la Sala: *Dr. Francisco Hurtado.*
Médico adjunto: *Dr. Ignacio Prieto.*
Practicante numerario: *Sr. M. Rodríguez Barragán.*

89.—Ana Robelo.

De 11 años. Ingresó el 20 de Agosto de 1902.

ANTECEDENTES DE FAMILIA.—Abuelo paterno muy sano, no alcohólico; murió de arteritis á los 92 años. La abuela de neumonía á los 42. Tuvieron 22 hijos, todos sanos, con excepción de la antepenúltima niña que murió de 15 años en estado de *mal epiléptico*. Esta enferma, tía paterna de nuestra opera-

da, presentó los síntomas comiciales á los dos años de edad, atribuyendo éstos al pánico que sufrió la madre durante el embarazo, por la llegada de tropas al lugar de su residencia. De la edad de dos años la epilepsía fué progresando en la intensidad de sus manifestaciones hasta producir la sintomatología propia de la locura durante tres meses, lo que motivó el ingreso y la permanencia de la enferma en el Hospital del Divino Salvador, de donde salió mejorada de su estado mental, muriendo un año después en estado de mal epiléptico.

Otra tía paterna sufrió durante su vida marital de histero-epilepsía habiendo disminuído los ataques después de su viudez, hace seis años.

El abuelo materno era alcohólico y murió accidentalmente.

Abuela materna, comerciante, era muy obesa, alcohólica, y murió de apoplegía fulminante producida por exceso de comida.

El padre, de 40 años, sobrestante de oficio, es sano, no es alcohólico, ni sifilítico, y padeció de tifo á los 12 años. Sufrió una caída el año de 97 y presentó síntomas de conmoción cerebral durante tres días.

La madre, de 30 años, obesa, de constitución linfática, de muy mal carácter, ha sufrido dos veces neumonía, una primera en su infancia, y otra seis años antes del nacimiento de la niña, sujeto de la presente observación clínica.

La diferencia de edades de los padres es de 10 años.

De este matrimonio nacieron cuatro hijos y viven tres. El mayor, de 14 años, es sano, robusto, trabaja de cantero. Es kleptómano. Después de éste un parto prematuro, muriendo el niño á las doce horas de nacido por falta de desarrollo; pues contaba seis meses de vida intrauterina. Siguió á éste, Ana, (nuestra enferma) que tiene 11 años. Cuando mediaba el embarazo de esta niña, sufrió la madre impresión moral fuerte, por haber sido robada su casa durante la noche. El parto de Ana sorprendió á la madre en la calle, después de haber tomado un baño tibio; al regresar á su casa los dolores fueron tan intensos que expulsaron á la niña en el patio de la casa, patio empedrado y donde sufrió golpes tanto en la cabeza, como en el cuerpo, necesitando que se le flagelara y se practicara respiración artificial á fin de volverla á la vida.

El cuarto hijo, de 9 años, linfático, ha sufrido otorrea rebelde á la edad de 4 años y adenitis supurada del cuello. Una indigestión produjo ataque de eclampsia. Inteligente, cursa tercer año de Primaria y su constitución linfática ha mejorado últimamente. Es de genio violento, colérico, y se come las uñas (oneomanía) y no se corrige á pesar de las advertencias y regaños que por esto sufre.

Antecedentes personales.—La niña Ana Robelo, nació como ya se dijo, en estado asfíxico, en el patio de su casa, y sufrió golpes en la región craneal, sin haber presentado convulsiones ni otras manifestaciones cerebrales. La lactancia duró nueve meses, y al año y medio comía de todos los alimentos completándose la dentición en corto tiempo. Comía mucha tierra. A los dos años tuvo tos ferina que duró quince días y curó con inhalaciones de gas hidrógeno. El año de 94 sufrió dos golpes en el occipucio, uno contra la mesa de una máquina de coser, y otro por haber caído de espaldas sobre el pavimento; quince días después sobrevino fiebre de marcha remitente que fué diagnosticada como impaludismo por el Sr. Dr. Senisson y que no cedió á la administración de las sales de quinina durante un mes. En este período la fiebre no se acompañaba de síntomas cerebrales. La diminución de la calentura produjo mejoría en la enferma y se aconsejó que saliera. La llevaron á Chapul-

tepec en donde sufrió insolación y regresó del paseo con cefalalgia intensa estallando la meningo-encefalitis que la tuvo de nuevo postrada en el lecho un mes más. En este tiempo se encargó de su medicación el Sr. Dr. Hurtado que presenció el cuadro sintomatológico propio de la dolencia y que en síntesis fué el que sigue: Opistótonos, tetania generalizada, estrabismo interno más pronunciado en el ojo izquierdo, inyección periquerática, cara vultuosa, convulsiones tónicas y clónicas, grande meteorismo, constipación rebelde á enemas y purgantes calomelanos, excremento en forma de bolas pequeñas (forma caprina). Estado comatoso, llegando algunos días después de su observación á la resolución muscular y parálisis de los esfíncteres. Fiebre continua remitente de exasperación vespertina entre 38° y 39°. Dos meses después recobró la vista, las facultades intelectuales volvieron, quedando sólo hemiplegia izquierda y movimientos coreiformes.

De esa fecha á Mayo de 1901, la enferma se perdió de vista y no se puede saber cómo vinieron los ataques, ni cuáles fenómenos marcaron el principio del mal comicial. En Mayo primer ataque, convulsión de la mano izquierda, grito, rotación de la cabeza hacia el lado derecho y caída de este mismo lado y el cuadro del ataque completo. Nocturnos en su mayor parte, raros durante el día y venían por períodos de 4 ó 5 días, siendo hasta seis diarios al principio y aumentando hasta 10 ó 12 en las veinticuatro horas. Se retiraban hasta un mes volviendo de nuevo en el número y forma que dejamos dicho. La niña se había vuelto glotona. En este estado hizo su ingreso al servicio.

Examen.—Estado general: Adiposis bien marcada, aspecto sano, fisonomía tranquila. En la piel presenta cicatrices circulares y lineales, diversamente repartidas: en la frente, en la cabeza, en los muslos; unas obscuras, otras blancas, blandas y ninguna retractil. Cabeza: mesaticéfala, simétrica. Cara: forma oval. Ojos: movilidad y afocación normales. ¿Acromatopsia? Nariz: bien formada y simétrica. Boca: desviada á la derecha, los pliegues son más marcados de este lado sin desaparecer del otro. Paladar: simétrico, ojival. Cuello: grueso y corto, 31 centímetros de circunferencia. Miembros superiores: derecho, normal; izquierdo, en ángulo obtuso, no llega á la extensión; antebrazo y mano izquierdas paresiadas, la mano tiene movimientos muy limitados, no cierra ni extiende totalmente los dedos. Sensibilidad normal en ambos lados. Miembros inferiores: el derecho normal; el izquierdo presenta la rodilla en valgus y pie equino proyectado hacia afuera, al andar cojea como si el miembro izquierdo fuera más largo que su congénere, lo que se explica por la paresia de los músculos de la pierna izquierda. Sensibilidad normal en ambos. Pulso: 90. Respiración: 24 por minuto. Mediciones. Miembros superiores: grueso al nivel de la axila: derecho, 22 centímetros; izquierdo, 20. Al nivel del olécrano: derecho, 19 centímetros; izquierdo, 17 y medio. Puño derecho 13 centímetros, izquierdo 12 y medio. Longitud. Coraco-epicondiliana: derecha, 23 centímetros; izquierda, 20. Pliegue del codo al extremo del dedo medio: derecha, 32 centímetros; izquierda, 30. Miembros inferiores: grueso al nivel de la ingle: derecho, 43 centímetros; izquierdo, 41. Al nivel de la rótula: derecho, 27 centímetros; izquierdo, 26. En el cuello del pie: derecho, 17 y medio centímetros; izquierdo, 17. Longitud de la espina iliaca antero-superior al nivel de la articulación de la rodilla: derecho, 33 centímetros; izquierdo, 32. Del nivel articular al maleolo externo: derecho, 30 centímetros; izquierdo, 28. Longitud del pie: derecho, 18 y medio centímetros; izquierdo, 17. Circunferencia del tórax, al nivel de las tetillas: 66 y medio centímetros. Movimientos coreifor-

mes frecuentes, sobre todo cuando intenta algún movimiento ó trata de responder á las preguntas que se le hacen.

El examen del fondo del ojo fué negativo, y se practicó por el señor Dr. Montaño.

DIAGNÓSTICO: Hemiplegía espasmódica.

TRATAMIENTO: Craneotomía exploradora y conducta según lo que se descubra. *Operación:* Septiembre 5. Trazado y levantado el colgajo ostio-perióstico sobre la región psico-motora derecha, después de la aplicación de cinco fresas, tamaño mediano Doyen y su reunión por la sierra del mismo autor, se descubrió la dura madre tensa y sin latidos, encontrándose por la palpación resistencia bien marcada. Esto nos alentó á continuar en nuestro camino por ver si era remediable la lesión causa de la sintomatología de nuestra enferma. Dividida la dura en colgajo concéntrico á la herida huesosa descubrimos el encéfalo de color blanquizco, anemiado, con circunvoluciones pequeñas, deprimidas y á tal grado confundidas las unas con las otras que no era posible reconocerlas, y sólo por la cisura silviana apenas si podía orientarse uno para localizar la región motora. Los latidos no eran perceptibles y la resistencia persistía. Entonces se introdujo un estilete al nivel del surco de Rolando y cayó luego dentro de una cavidad que por el pequeño agujero babeaba líquido transparente, igual en su aspecto al líquido céfalo-raquídeo. Es de advertir que el estilete se perdió como seis ó siete centímetros sin encontrar resistencia. La aguja del aspirador substituyó al estilete, y como á medida que salía el líquido los latidos se hacían perceptibles y se deprimía la superficie del encéfalo, el trayecto que alojaba la aguja crecía y se hizo innecesaria ésta por la abertura de la brecha. Pudo entonces colocarse el índice que reveló el poco espesor de la corteza (menos de un centímetro) y la amplitud de la cavidad que se extendía al lóbulo frontal y al occipital, rechazando por todas partes la substancia cerebral y comunicando con el lado opuesto. Era, por consiguiente, el ventrículo lateral aumentado en sus proporciones. Desde este momento se evitó perder más líquido y se suturó la herida encefálica cuidadosamente con catgut fino. Los latidos eran bien visibles. Se adaptó la dura madre y el colgajo, que siempre se tiene abrigado con gasa aséptica caliente. El líquido parecía haberse detenido y la sutura se hizo completa. No se canalizó. El termómetro marcó 35 y medio, el pulso 60 y la respiración 23. A las tres horas de la operación la temperatura había subido á 38.6 y el pulso á 62. Al día siguiente había 40 de temperatura, 40 respiraciones y 150 pulsaciones. El tratamiento, que se había limitado á inyección de cafeina, se cambió por la administración de estrofantus y calomel á dosis refracta, agregando fricciones con pomadas de quinina. La noche había sido inquieta, presentando movimientos ligeros de la pierna derecha.—Septiembre 7. Temperatura 40, respiración 40, pulso 150, arítmico y débil. Pupilas torpes al reflejo luminoso y moderamente contraídas. No hay cefalea ni vómitos, facies pálida, durmió dos horas. Existen movimientos desordenados del brazo y pierna derechas, contractura en el brazo izquierdo y cuando se trata de extender éste acusa dolor. La enferma ha pedido alimento y sólo se le administra té y leche que á pequeñas cantidades ha sido su alimentación. La tarde de este día con el pulso y temperatura apuntados, presenta somnolencia y humedad ligera en la piel. Inyección quinina. En 8 de Septiembre aparece cefalea intensa. Transpiración bien marcada. En la cara posterior del antebrazo izquierdo se encuentran tres flictenas que alojan líquido turbio, náuseas, inquietud, fotofobia, rigidez en los maxilares, tor-

peza intelectual. Inyección cafeina. En la tarde, con el mismo cuadro, su inteligencia está más clara; como la temperatura no se ha modificado se acude á darle baños de vinagre alcanforado, que producen su descenso, aunque pasajero, hasta de un grado durante media hora.

Se prescriben baños y se recomienda administrar lavativa; suero. Al día siguiente presenta delirio, convulsiones, epistótonos, vómitos é hipo. El cuerpo está cubierto de sudor y muere en este estado el día 10 de Septiembre. La autopsia hecha por el Sr. Dr. Toussaint reveló en la cavidad craneana un derrame de serosidad sanguinolenta y coágulos sanguíneos al nivel del borde superior del colgajo; levantada la bóveda huesosa apareció la dura madre inyectada al nivel del traumatismo operatorio y adherida en este punto al cerebro, éste presentaba en el lóbulo derecho las venas meníngeas trombosadas en su parte superior en la cercanía del seno longitudinal, inyección viva en este punto, la sutura al catgut se mantenía, la superficie tenía el aspecto descrito cuando se habló de la operación. En el lado izquierdo no había nada de anormal. La sección del cerebro nos demostró la gran extensión de los ventrículos que en el del lado izquierdo ocupaba casi todo el lóbulo, pues en algunos puntos, como al nivel de la punción y hacia la base, el espesor era de cuatro ó cinco milímetros á lo más. El agujero de Monro en extremo dilatado comunicaba ampliamente con el ventrículo del lado derecho. Los nucleos grises centrales en el lado izquierdo estaban representados por un pequeño cuerpo que apenas hacía relieve abajo y afuera del piso y seccionado apenas dejaba ver un conjunto gris de reducido espesor. El del lado derecho estaba normal. En la médula y el bulbo se distinguían á la simple vista nucleos grises amarillentos de degeneración situados en la médula, en el hacecillo cruzado y en el directo. El examen histológico, debido á la amabilidad del Sr. Dr. Toussaint, reveló la existencia de dichas degeneraciones ocupando todas las fibras pertenecientes al haz del lado izquierdo del cerebro.

El caso que hemos relatado se presta á consideraciones de interés y á reflexiones aplicables en general al tratamiento de las lesiones obscuras que abriga el encéfalo. Entra de lleno en el cuadro de la hemiplegia espasmódica, pero sabemos bien que ésta es disímbola en su patogenia y que en más de una vez puédense encontrar lesiones remediables y aun el simple acto operatorio mejora la sintomatología rebelde y progresiva de la enfermedad. Registramos en nuestra corta estadística casos probatorios de este aserto. Cuando se piensa que Ana Robelo padeció de meningo-encefalitis y presenta á poco tiempo síntomas de epilepsía Jacksoniana que crecían en intensidad y en número con el tiempo, y convencidos como estamos de que la craneotomía mejorando la estática del cerebro, mejora los síntomas del mal comicial, no podríamos vacilar en ampliar hasta donde fuera posible la cavidad craneana con el fin de influenciar su epilepsía. Además, esto era consecuencia de un mal agudo que sorprendió á la enferma en plena salud: luego probable era que algún foco degenerativo, que alguna producción meníngea ocasionara el cuadro que presentaba, tanto más cuanto que esta niña hablaba y respondía correctamente hasta donde era de esperarse, dado que su educación á resultas de su enfermedad se descuidó. Todo, pues, á nuestro juicio abundaba para creer que si la intervención no respondía por completo para aliviar, sí podía mejorar en mucho las condiciones de vida de la paciente y podríamos cuando menos detener una epilepsía, que principiando por un ataque ligero era ya en la época de la intervención una sucesión de 10 ó 12, y esto en un año escaso.

Estábamos, pues, convencidos de nuestra conducta: veamos la enseñanza que ésta nos trajo. Hemos dicho que la dura madre y el órgano no latían cuando se inspeccionaron, y esto era motivo para explorar porque el síntoma de Rosser-Bomos es el que nos indica que tenemos obligación de darnos cuenta de lo que exista debajo de la corteza. ¿No es el síntoma de todos los abscesos? ¿No es el acompañante de los tumores que viviendo vida propia impulsan el órgano á la superficie y le aislan en sus relaciones suprimiendo los latidos? En los pocos casos de cirugía cerebral que hemos tratado, nos ha sido dado ver cómo faltan los latidos, ya por reblandecimiento, ya por lesiones ventriculares serias. De todas maneras el síntoma existía y la punción nos pareció el medio más adecuado de explorar y resolver el límite de nuestra intervención. Bien malo fué haber caído sobre un órgano atrofiado, porque la lámina de substancia nerviosa que cubría la cavidad era tan delgada que se amplió como hemos visto á medida que la presión interna disminuía. Explorada la cavidad y convencidos de que era el ventrículo el lugar á donde llegamos, fué nuestro cuidado oponernos á que saliera mayor cantidad de líquido, porque las estadísticas nos enseñan de cuánto significado es la pérdida de este líquido para la vida de los operados. Creemos estar en lo justo al afirmar que este buen cuidado de nuestra parte influyó en la supervivencia á la operación. Sin embargo, perdió y perdió bastante, y esto es la causa, juzgando por analogía con los casos de Bourneville, tanto de la hipertermia como de la muerte de la operada. La autopsia no nos reveló sino pequeños vasos trombosados en las cercanías de la sutura; ¿sería ésta su causa? No había pus en ninguna parte ni las meninges presentaban huellas de inflamación reciente; el líquido encerrado en los ventrículos no tenía aspecto turbio, y el revestimiento de éstos no llevaba señales de flegmasía aguda. Fué, pues, la pérdida del líquido y las nuevas condiciones de circulación á que se sujetó el cerebro, lo que causó la muerte. Las lesiones tróficas, las contracturas, los vómitos, las perturbaciones oculares, la hipertermia, las sudaciones, la frecuencia del pulso, hacen un cuadro digno de estudios y reflexiones que no podrían ocuparnos por ahora, y son de tanto más significado cuanto que las lesiones anatómicas encontradas en la autopsia no nos dan razón de ellas. Es el líquido céfalo-raquídeo el causante, y tal vez la lesión histológica de la corteza que está en estudio nos ayude á la explicación. Los fenómenos inhibitorios que provoca la irrupción del líquido cuando se reduce un meningocele ó una espina bífida, nos enseñan la importancia que los cambios de estática producen en el funcionamiento de los centros nerviosos y su extracción tenderá á producir estos mismos fenómenos sumados á la falta de armonía en el encadenamiento que mantiene el equilibrio de la vida.

Pero tal vez se dirá que á este modo de ver se opone la práctica de la punción lombar y sus resultados. No puede creerse en la solidez de este argumento, porque el trauma se hace en distintas condiciones puesto que en la punción la aguja extrae líquido inter-meningeo y no del canal ependimario lo que haría equiparables los efectos; en la punción la extracción está arreglada, metodizada pudiéramos decir, es mucho más rápida la pérdida en la operación; por último, en la punción el líquido es tomado por un camino bien lejano de las cavidades centrales, las cuales pueden hasta cierto punto independerse del líquido superficial en virtud de la pequeñez relativa de la comunicación de la cavidad ventricular por una parte y de la cavidad subdurameral por otra.

(Continuará.)

México, Octubre de 1902.

Dr. F. Hurtado.

Dr. I. Prieto.

SECCION XVII.

TERAPEUTICA

LA ANTISEPSIA DE LAS VIAS URINARIAS POR LA MEDICACION INTERNA.

La aparición en el mercado de un producto nuevo que creemos recomendable por las consideraciones teóricas que le han engendrado, las cápsulas de Sándalo Salolado de Lacroix, nos han impulsado á escribir algunas líneas sobre esta combinación que con buen éxito hasta hoy estamos ensayando.

Bien sabido es que el tratamiento de las enfermedades en que las modernas investigaciones de la microbiología han logrado determinar el agente patógeno, ha sido profundamente modificado, buscándose, una vez hallada su verdadera etiología, una medicación causal que eficazmente combata la invasión microbiana. El apogeo á que ha llegado la moderna cirugía depende exclusivamente de haber logrado obtener en muchos casos la asepsia perfecta y en otros muchos la antisepsia de focos y cavidades infectadas ya. Pero más difícil, mucho más evidentemente ha sido y es lograr la aseptización de órganos y regiones que jamás se encuentran al alcance de los usuales medios de desinfección.

Este gran problema cuya solución perfecta debemos esperar en el porvenir, ha hecho que se emprendan numerosas investigaciones con el objeto de averiguar cuáles sean aquellas substancias que entregadas al organismo y por su acción específica y electiva puedan modificar favorablemente las condiciones patológicas de las regiones atacadas por colonias microbianas de distinto género.

En virtud de esta racional tendencia de la terapéutica moderna es como se ha llegado á descubrir y utilizar las propiedades del sulfuro de calcium en ciertas enfermedades infecciosas, la difteria sobre todo, por su acción casi específica, sobre el bacilo de Klebs-Loeffler. Así también es como se ha llegado á utilizar el Salol, por la eliminación que de este producto se hace por el aparato renal, en las enfermedades demasiado rebeldes y frecuentes de las vías urinarias.

El Salol es un producto afortunadamente bien tolerado por el estómago y cuya eliminación se efectúa generalmente desde el primer día, pudiendo demostrarse la presencia del ácido salicílico en la orina por medio del percloruro de hierro que produce en ella la coloración violeta característica. Esta eliminación varía según las dosis y se modifica naturalmente según el estado del riñón.

Cuando el color negro aparece en la orina deberá deducirse el mal estado del riñón, observándose este detalle en individuos que padecen ó han padecido nefritis; pero aun en estos casos, persistiéndose en la aplicación del medicamento, la coloración negra desaparece y no sobreviene accidente alguno; en estos enfermos debe, sin embargo, obrarse prudentemente y no llegar á dosis altas.

Muchos terapeutas han estudiado este producto, entre ellos Sahli, Lépinel de Nencki, F. Dreyfous, Leichenfeld de Berlin, Lane, Talamon y Ed. Hirtz,

Médicos de los hospitales de París, Arnold de Stuttgard, J. Pepuli, Albarrán, Jefe de Clínica del Profesor Guyón, y otros muchos que sería difuso mencionar. De todos estos experimentos se deduce que el Salol logra la asepsia vesical y de la uretra modificando favorablemente los procesos morbosos que en estos puntos se desarrollan. Todos convienen, sin embargo, en que la medicación salolada presta sobre todo servicios considerables en los enfermos que por estrechamientos uretrales no permiten efectuar por medio de lavados antisépticos especiales, la desinfección completa de los órganos enfermos.

Compréndese desde luego que la antisepsia renal no reemplaza á la operatoria y directa, pero es de aceptarse el Salol, á falta de medio mejor, aun en los casos en que además de la uretra y la vejiga se procure la asepsia del riñón y de los ureteres. En este caso el Salol es para las vías urinarias lo que el Naftol para la vía intestinal.

Dadas estas propiedades natural era pensar en el tratamiento de la blenorragia por este agente solo ó asociado con los balsámicos conocidos y aplicados desde hace muchos años. De los experimentos hechos se ha deducido que el Salol tiene en efecto una acción positiva sobre la supuración blenorrágica, reforzándose evidentemente su acción si se le asocia con sándalo, copaiba ó cubeba, como lo afirma el Dr. Dreyfous.

Inútil y cansado sería referir las observaciones clínicas detalladas en que se fundan los experimentadores para llegar á estas conclusiones; pero tanto el Dr. Talamon como el Dr. Hirtz refieren casos en los cuales la supuración ha sido completamente dominada en el espacio de ocho á doce días. La explicación de las propiedades que el Salol posee, antisépticas é indudables, es un poco obscura, pero se supone que el pus descompone ó desdobla este medicamento y que los microorganismos permanecen inactivos ya bajo su acción. *(Journal de Pharmacie et de Chimie.)* Era preciso, sin embargo, procurar la solubilidad del Salol, problema que el Sr. Lacroix resolvió favorablemente encontrando que la esencia de sándalo, como la de trementina, el eucaliptol, la copaiba, etc., que también se usan con ventaja en estas afecciones, pueden disolver la tercera parte de su peso de Salol. Tal fué el origen de las preparaciones saloladas que ya se emplean en dichas enfermedades y el motivo de la fabricación en grande escala de las cápsulas á que nos hemos referido de Sándalo salolado de Lacroix.

Antes de terminar debemos recordar que el Salol no se altera en el estómago, cuya reacción es ácida. Operándose la separación de sus elementos, fenol y ácido salicílico en el intestino delgado; que favorece la eliminación de las materias extractivas y que solamente á dosis elevadas puede provocar, como lo afirma Koehler, la intolerancia de los órganos digestivos y depresión en el aparato circulatorio. A dosis menores de cinco ó seis gramos jamás producirá estos efectos.

Por no hacer más extensas estas breves notas terapéuticas no nos ocuparemos hoy de las aplicaciones del Salol en las afecciones intestinales, apuntando únicamente que asociado con el Bicarbonato de Sosa es un buen medicamento en muchos casos, entre otros en la dilatación del estómago y dispepsia intestinal, haciendo desaparecer los eructos, el pirosis, el meteorismo en las diarreas fétidas provocadas por fermentaciones sépticas. También se asocia admirablemente con el Bismuto.

Hoy solamente nos limitamos á llamar la atención de nuestros prácticos sobre la acción del Salol combinado con el Sándalo, cuya acción benéfica pa-

recen confirmar las experiencias que hemos emprendido y de cuyo resultado daremos cuenta á nuestros lectores cuando por ser suficientemente numerosas, podamos sacar de ellas deducciones perfectamente ajustadas á la verdad.

DR. E. L. ABOGADO.

LA PIELO-NEFRITIS Y SU TRATAMIENTO DOSIMETRICO

En el artículo anterior acabamos de tratar sobre la influencia del Salol en el tratamiento de algunas afecciones de las vías génito-urinarias, y ya que de estas enfermedades hemos hecho el tema de nuestra nota terapéutica mensual, pasamos á extractar un artículo del Dr. Monin, terapeuta bien conocido de nuestros lectores, sobre el tratamiento alcalóidico de las pielo-nefritis, estado inflamatorio de los basinetes y canalículos renales, de origen infeccioso, y por lo común deuteropático, que sobreviene como consecuencia de la retención de orina, de la litiasis nefrítica, de la cistitis aguda ó crónica, de la prostatitis ó estrechamientos uretrales. Los microbios y bacterias de Pasteur, de Miquel, de Neisser, piógena de Falle, etc., forman generalmente su etiología. La marcha de esta enfermedad es lenta é insidiosa; hay calentura vesperal intermitente ó remitente en los casos agudos; dolor intenso en la región renal; constipación tenaz, estómago intolerante, lengua sucia, boca pastosa; faringe seca y roja, y la orina, llamada *renal* por el Prof. Guyón, albuminosa y pobre en urea, es alcalina y se descompone fácil y rápidamente.

El Dr. Monin, siempre justificado y prudente en sus aseveraciones, no afirma que la alcaloidoterapia pueda dominar de tal modo la enfermedad, que en todos los casos se evite la intervención quirúrgica que muchos de ellos reclaman, y comienza desde luego recomendando con particular insistencia los medios higiénicos, dietéticos y generales que pueden influir de un modo favorable sobre la marcha de la enfermedad. Así, pues, recomienda las estaciones balnearias de Vittel, Contrexéville, Evian, etc.; fricciones estimulantes, baños de vapor simples ó con trementina y evitar las influencias reumatismales *á frigore*. Como alimentación: la dieta láctea, huevos frescos, cremas, legumbres en purés lacteadas, frutas cocidas, algunas carnes blancas y preparaciones de cebada y avena. Como bebidas: cocimiento de grama, de arenaria ó de estigmas de maíz, para procurar el lavado de las vías urinarias y el lavado directo de la vejiga con solución bórica ó de silicato sódico en caso de cistitis concomitante. Como auxiliar casi imprescindible para regularizar el régimen intestinal, una cucharadita de Sedlitz Ch. Chanteaud con un vaso de agua mineral, descongestionando así el plexus venoso perineal y suprimiendo las compresiones mecánicas del aparato urinario. Como medios locales de menor valía pero que no deben omitirse, recuerda las ventosas secas, los puntos de fuego lombares, los baños de asiento, las cataplasmas laudanizadas, etc.

Como tratamiento alcalóidico y dosimétrico recomienda con su buen juicio y discernimiento habituales los gránulos de *Arbutina* al centígramo, doce á quince por día, por las propiedades antizimóticas y diuréticas que se ha demostrado poseé este glucósido extraído del *uva ursi*, que desde larga fecha se ha empleado en decocción. La Arbutina desdóblase en éteres benzóicos y en hidroquinona al estado naciente, antiséptico poderoso para la orina que se opone á la infección purulenta del aparato uro-poyético. Los gránulos de áci-

do benzóico en las comidas, el yodoformo, y el ácido salicílico, secundan bien por sus propiedades el uso de la Arbutina.

Contra el elemento *dolor* recomienda Monin el *Monobromuro de alcanfor*, la *Cicutina*, el *Iodhidrato de morfina*, y si aparecen hematurias la *Ergotina* en dosis moderada, prefiriendo administrar en vez de las dosis altas habituales dos gránulos de un centígramo cada hora, á los cuales pueden asociarse en mayor dosis los de Acido tánico. El *Bromhidrato* y el *Hidroferrocianato de quinina* abatirán la temperatura febril, disminuyendo la tensión sanguínea pélvica que prepara los raptos congestivos y lleva á la cronicidad los procesos pielo-nefríticos.

***

Por los factores especiales que constituyen la etiología de las nefritis y pielo-nefritis, comprendése desde luego que de la medicación interna únicamente, muy rara vez podrá obtenerse un éxito satisfactorio y completo. Hasta hoy por desgracia la solución de estos casos requiere por lo común la intervención quirúrgica que suprime, más ó menos radicalmente, el foco infectado y cuyos elementos anatómicos encuéntranse alterados por procesos morbosos de distinto género.

La terapéutica indicada por el Dr. Monin, sin embargo, es á nuestro juicio la más benéfica que puede adoptarse, entretanto se hace indispensable la intervención, procurando el establecimiento de la función renal. El buen criterio de nuestros lectores les indicará, sin embargo, las variantes que exigen las diferentes nefritis, epitelial, parenquimatosa, intersticial, aguda ó crónica, teniendo en cuenta que en la intersticial, por ejemplo, son más rápidos los fenómenos de acumulación y es más indispensable la vigilancia atenta del médico y el uso de pequeñas dosis.

El Sedlitz Chanteaud y la Arbutina, tan justamente preconizada por Monin, y el régimen lácteo, á lo cual se asociarán los Arseniatos de fierro y estricnina, la Cicutina, la Hiosciamina y la Codeina como calmantes del dolor y la Aconitina con la Digitalina (ésta con muchísima prudencia) en caso de reacción febril, y por último la observancia de una higiene irreprochable, constituyen hasta hoy los medios más á propósito para combatir enfermedades cuyos profundos desórdenes en el organismo traen por lo común aparejados los resultados más desastrosos.

DR. E. L. ABOGADO.

ALGUNAS ASOCIACIONES DE LA ANTIKAMNIA.

En el *Edimbourg Medical Journal* encontramos el elogio de una asociación que en efecto es útil y provechosa: la de la *Antikamnia*, un buen analgésico, y la *Codeina*, un buen sedante, porque ni deprime el corazón y domina los síntomas neurálgicos y espasmódicos que en varias afecciones se observan, como la gripa, laringitis catarrales, bronquitis, etc. Las pastillas de Antikamnia y Codeina están dosificadas á 25 centigramos de la primera, y 1 1/2 centigramos de la segunda.

También se ha asociado la Antikamnia al Salol de que acabamos de hablar, y por consiguiente, cuando en los casos citados más arriba aparezca, cómo sucede casi siempre, el dolor, serán utilizadas con justicia las pastillas de esa asociación, así como en las diarreas en que es preciso además de calmar el dolor, desinfectar el intestino.

SECCION XXX.

BIBLIOGRAFIA

Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los niños por el *Dr. Francisco Criado y Aguilar*, catedrático de enfermedades de la infancia, con su clínica en la facultad de Medicina de la Universidad Central. Madrid.—Se vende en Madrid, en la librería de D. Nicolás Moya, Carretas 8, al precio de 22 pesetas cada ejemplar, y en provincias á 22.50.—Puede pedirse á la Administración de la «Crónica.»

Esta magnífica obra, que el mes pasado acaba de aparecer y recibimos apenas hace unos cuantos días como última producción de su erudito autor, tiene, en nuestro humilde juicio, el porvenir más halagador, estimándolo como una obra sin la cual debe juzgarse incompleta la biblioteca de todo médico en general, pero sobre todo la de aquellos que consagran su atención especialmente á las enfermedades de la infancia.

Dificilísimo es, por no decir imposible, seguir el movimiento científico actual, por ser de tal modo abundante y variado, que aun en el seno de una Redacción numerosa sería preciso contar con larga serie de especialistas para formar un juicio crítico valioso de cada una de las obras que diariamente aparecen, resumiendo las modernas investigaciones y conquistas nuevas.

La obra que hoy recomendamos vivamente á nuestros lectores y forma un voluminoso tomo de más de mil páginas, merece evidentemente un juicio crítico detallado, que esperamos nos será concedido por uno de nuestros más notables especialistas, pero entretanto tenemos el gusto de obtenerlo y publicarlo, cumple á nuestro deber el señalar la obra á nuestros lectores, manifestándoles en breves palabras que además de la erudición revelada en ella por el distinguido Profesor, seduce verdaderamente el orden, el método especial y el estilo con que se halla escrita. Fruto sazonado es, en verdad, este tratado de la práctica de más de veinte años de su concienzudo autor.

Permítasenos, pues, para dar una pálida noción de las ideas que han presidido á la formación de la obra, copiar algunos fragmentos del prólogo en que el Dr. Criado y Aguilar las expone: « He considerado, dice, necesaria la fijación de límites á esta especialidad, eliminando al efecto todos aquellos estados morbosos que no la constituyen intrínsecamente, pues así dejará de ser un matiz de las Patologías Médica y Quirúrgica, y formará una parcela de la Patología, independiente de aquellas *con elementos propios*, ya que realmente cuenta con un conjunto de materiales que la individualizan indiscutiblemente, aunque respecto de cierto número de enfermedades continúe siendo un aspecto de la patología de los adultos. Sería superfluo el detenerme á indicar los límites que conceptúo más adecuados, porque son á los que he ajustado el desarrollo de la obra, circunscribiéndome á manifestar que todo el contenido de ésta creo que integra con irreprochable propiedad el campo de la PEDIATRIA; campo que le es exclusivo, ya que sólo está desprovisto de fronteras en algunas enfermedades de la última de las secciones que he formado; ocupándome de estas enfermedades comunes á los niños y á los adultos, como las fiebres eruptivas, las meningitis, el catarro gastro-intestinal, la pneumonía catarral, etc., por la importancia suprema que ofrecen, dada su frecuencia

extraordinaria en los primeros tiempos de la vida. Substraer estos padecimientos al estudio de la Pediatria, so pretexto de exigencias de una sistematización cronológica inflexible y avasalladora, equivaldría á poner en abierta oposición á la ciencia con la realidad, toda vez que ésta nos señala como factores de la Pediatria á semejantes estados morbosos en el tristemente significativo hecho de ser los responsables de un elevadísimo tanto por ciento de la mortalidad infantil.»

Pocas líneas después agrega lo siguiente: «He tratado con amplitud la *Paidología* y los preliminares ó generalidades de la *Paidopatía*, porque es de lo más característico é importante que la Pediatria ofrece, toda vez que es lo que constituye el fundamento científico-filosófico de ésta, y tienen en la salud y en la vida de los niños una trascendencia incalculable. En la exposición de materias he empleado lo que podría llamar *mi especial estilo didáctico* creado por tantos años de enseñanza, en cuyo estilo predominan el análisis y el razonamiento clínico, pues son dos factores de interés primordial en la práctica médica. Amalgamar simplemente datos dispersos, escuetos y de por sí inexpresivos, recogidos por la observación, no sería hacer ciencia. Así, pues, he procurado estudiar los estados morbosos como entidades cuyo desarrollo sigue la razón, desde su causa primera y su arranque patogénico hasta las indicaciones terapéuticas; dar vida á la etiología, interpretándola cuidadosamente y contemplándola desde un punto de vista sintético, para deducir principios de causalidad y de patogenia; elegir entre la multiplicidad y variabilidad sintomática los rasgos fundamentales, para que nos orienten á la cabecera del enfermito; hacer diagnósticos diferenciales, claros y numerosos; y simplificar y razonar los tratamientos, de manera que mis consejos sean un verdadero guía, aunque modesto, en el ejercicio de la profesión, pues en terapéutica se impone *hacer ciencia* de entre el torbellino de lo ya conocido, sin perjuicio de que siga siendo ciencia constituyente. He procurado, en una palabra, que mi obra se ajuste á las exigencias de la ciencia desde el doble punto de vista doctrinal y práctico, haciendo que resulte mi criterio con gran relieve, para que, aunque de muy poco valor, vea el médico cuál es y pueda inspirar en él su conducta si le considera aceptable.»

Con claridad y método el Autor se extiende en la Sección primera ó *Paidología*, en la descripción del niño, de sus cambios y crisis fisiológicas, de los cuidados que exigen y reglas que deben observarse para la conservación y desarrollo normal del organismo infantil. En la Sección segunda ó *Paidopatía*, después de un hermoso capítulo sobre etiología en general, condiciones del pediatra, examen del niño enfermo y terapéutica, entra de lleno á la patología especial del recién nacido y luego á las enfermedades comunes á todos los períodos de la infancia.

Como dijimos antes más tarde publicaremos un juicio más amplio sobre esta obra que verdaderamente ha enriquecido la literatura médica actual, limitándonos por hoy á felicitar sinceramente á su ilustrado autor.

DR. E. L. ABOGADO.

Ingeniería Sanitaria por *Cristino Figuerola Cowan*, del Colegio internacional de Scranton, Pa. Jefe de la división de Ingenieros del Departamento de Sanidad de la *Habana*.

Con atenta dedicatoria de su distinguido autor hemos recibido este inte-

resante folleto, en el cual, con motivo de las obras que es preciso emprender y llevar á cabo en la Habana para mejorar su higiene, hace el Sr. Figuerola un rápido examen y una concisa pero clara y completa descripción de las construcciones y trabajos que la ingeniería sanitaria emprende con el loable objeto de disminuir las causas de mortalidad en una población.

Los acueductos, el alcantarillado y drenaje de una ciudad que significan casi la base de toda buena higiene pública y la instalación de servicios sanitarios en establecimientos públicos y habitaciones particulares, son en dicho folleto tratados, aunque concisamente, con bastante claridad, para que comprendiéndose su mecanismo á la vez que su importancia, puedan unirse á los esfuerzos colectivos del Gobierno los esfuerzos individuales de los habitantes.

La vulgarización de estos conocimientos es altamente provechosa, por lo cual juzgamos laudable la tarea emprendida por el Sr. Figuerola, estimulando á seguir en esa vía.

La fiebre cuartana. *Etiología, Evolución, Formas disociadas del acceso y Tratamiento*, por el *Dr. Emile Legrain*, Médico del ejército, laureado de la Facultad de Medicina de París, Redactor en Jefe de la *Revue Médicale de l'Afrique du Nord*, etc., etc., es un estudio clínico, valioso y erudito de esta forma especial del paludismo observada en el Africa del Norte, con un acopio abundantísimo de casos clínicos y de curvas ó trazos termométricos, seguidos escrupulosamente sobre numerosos asilados del hospital de Bougie. Con motivo de estos casos especiales el autor hace un estudio ameno y á la vez profundo de las fiebres intermitentes y maláricas pasando en revista las ideas que desde la más remota antigüedad han reinado sobre la etiología, naturaleza y tratamiento de esta pirexia que, desde muchos siglos hace, ha reinado justificadamente en las comarcas en que el germen patógeno ha sido el producto constante de sus condiciones especiales.

Por falta de tiempo, difícil nos sería hacer una reseña completa de este trabajo digno de fijar la atención de todo nuestro Cuerpo médico en general; pero sobre todo de aquellos que ejercen en localidades en que el paludismo es endémico y pueden observarse todas sus manifestaciones. Pero sí creemos conveniente en muy pocas líneas condensar algunas de las importantes conclusiones del distinguido observador.

Una de las reglas confirmadas por el Dr. Legrain, y comprobada plenamente por numerosas observaciones, es la que Freille asienta confirmando su doctrina: «*Una dosis de 0.25 centig. de Biclorhidrato de quinina, dada al principio de un acceso de cuartana, no obra sobre este acceso, pero pasado éste determina una apirexia mínima de cinco días.*» Numerosísimos casos confirman esta verdad, y en muchos de los citados por Legrain, esa corta dosis, ha determinado apirexias de cinco, siete, doce y más días obteniéndose con mucha frecuencia la curación definitiva de la enfermedad. Esta ú otra dosis mayor después del acceso no tiene efecto ninguno favorable.

DR. E. L. ABOGADO.

Manual de Medicina Interna para estudiantes y médicos prácticos por el *Dr. Max Kahane*, de Viena. Versión directa del alemán por el *Dr. M. Montaner*.

A reserva de emitir nuestro juicio, favorable á esta obra, insertamos hoy dos autorizadas opiniones sobre ella.

—Este Manual de Medicina Interna ha sido escrito para los estudiantes y médicos prácticos, y recapitula todo cuanto el estudiante necesita para sus exámenes; pero al mismo tiempo la obra es muy apropiada para los médicos prácticos. . . . . y á ellos puede prestarles importantes servicios, sobre todo en la parte referente á síntomas y terapéutica.—«Prager medicinische Wochenschrift,» núm. 11, 1901. H. Wiener.

—Este Compendio de Medicina Interna es el mejor y más moderno en su género. La economía de espacio es conseguida mediante una *precisión de estilo moderno.*—«Die Heilkunde.» Jul. Weiss.

Condiciones editoriales: El «Manual de Medicina Interna» formará un voluminoso tomo en 4º, correctamente impreso en papel satinado superior, habiéndose aumentado de una manera considerable la ilustración del original alemán.

Se publicará quincenalmente por cuadernos de 40 páginas, al precio de una peseta en toda España. La obra completa constará de unos 25 á 30 cuadernos.

Puntos de subscripción: En esta casa editorial, San Agustín 1 á 7, Barcelona (Gracia), y en las principales librerías y centros de subscripciones.

Puede pedirse por conducto de la Administración de la «Crónica.»

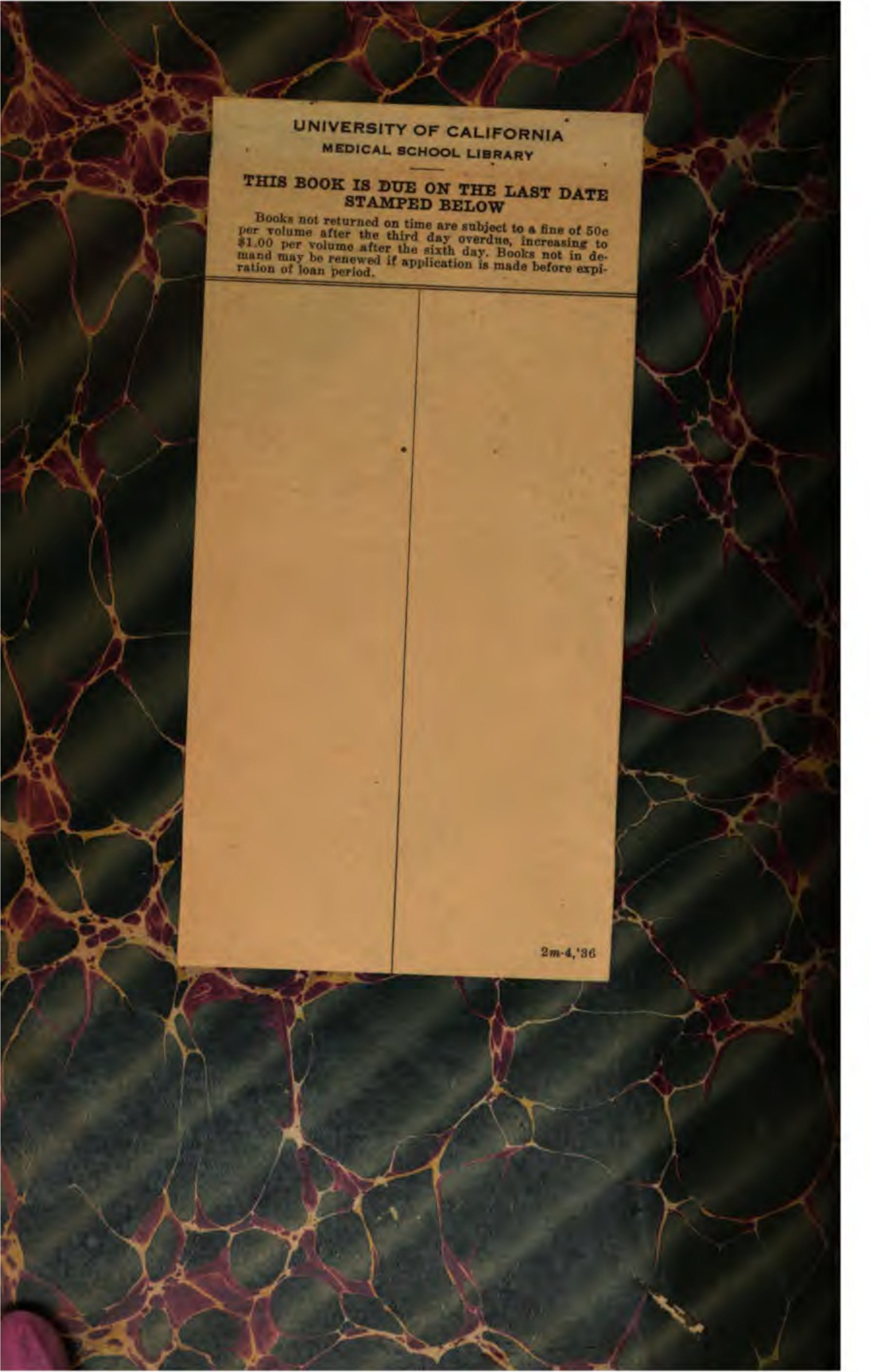
NOTAS

A NUESTROS LECTORES.

Un verdadero recargo de material nos ha impedido, como en números anteriores lo hemos manifestado ya, dar á nuestro periódico toda la variedad que hubiésemos deseado, y continuar como anteriormente publicando nuestras «Revistas de la Prensa Médica Mexicana y de la Extranjera,» por preferir, como lo creemos debido y justo, la inserción de trabajos nacionales escritos expresamente para la *Crónica*. Tenemos, sin embargo, la esperanza de poder dar salida al abundante material con que nos favorecen los compañeros de la Capital y de los Estados, aumentando desde el año próximo las páginas del periódico, como logramos hacerlo durante el presente en que apareció íntegro, con litografías y fotograbados, el interesante trabajo sobre «Deformaciones pélvicas en México,» por el Dr. J. Duque de Estrada.

Con el presente número, último del año y del Tomo, nos es grato expresar á nuestros lectores nuestros mejores deseos por su bienestar en el año próximo venidero.

SUMARIO.




v.5
1902
Crónica médica Mexicana.
37190
UNIVER
37190

